12

Synthèse critique

Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal

Jennifer O'Loughlin,
Jean-François Boivin

COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

12

Synthèse
critique

Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal

Jennifer O'Loughlin,
Jean-François Boivin

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08458-X

INDICATEURS DE SANTE, FACTEURS DE RISQUE LIES AU MODE DE VIE ET UTILISATION DU SYSTEME DE SOINS DANS LA REGION CENTRE-OUEST DE MONTREAL

UN RAPPORT POUR LA COMMISSION ROCHON

Jennifer O'Loughlin
Jean-François Boivin

Département de santé communautaire
Hôpital général de Montréal

Avril 1987

Jennifer O'LOUGHLIN and Jean-François BOIVIN. **Health status, lifestyle risk factors and use of health services by social class in west-central Montreal. A report for the Rochon Commission.** Department of Community Health of the Montreal General Hospital, 1987.

SUMMARY

Fifteen years after the introduction of universal medicare in Quebec, remarkable disparities in health status continue to exist between social classes. The objective of this study was to examine morbidity and mortality by social class. We explored two possible reasons for the disparities in health status: differences in the prevalence of lifestyle risk factors between low, middle, and upper social classes, and differences in their use of health services.

We found that several lifestyle risk factors were more prevalent in the lower social class, and that less priviledged persons tended to use preventive health services less frequently than more advantaged persons. On the other hand, use of curative health services, as reflected by consultations with physicians and use of medication was similar in all social groups. This similarity may in fact indicate an underutilization of curative health services by the poor because of the higher prevalence of illness in that social class.

This study suggests that a large proportion of the disparities in health status between social classes may be due to lifestyle risk factors and to lack of prevention rather than to a lack of accessibility to and use of curative health services. A limitation of our study is that we restricted our analyses to lifestyle risk factors, as opposed to socio-cultural risk

factors and to factors related to the physical environment. Many of these socio-cultural and environmental risk factors could also account for some of the differences in morbidity and mortality observed between social classes.

RESUME

Quinze ans après l'avènement de l'assurance-maladie universelle au Québec, de profondes inégalités subsistent encore entre les niveaux de santé des différentes classes sociales. Ce rapport a pour but d'étudier la morbidité et la mortalité selon la classe sociale. Deux hypothèses sont suggérées pour expliquer la persistance des disparités dans l'état de la santé de ces populations: d'une part, la prévalence inégale de certains facteurs de risque liés aux habitudes de vie entre les classes sociales supérieure, moyenne et défavorisée et, d'autre part, l'emploi différent que font les classes sociales des services de santé.

Nous avons constaté une plus grande prévalence de certains facteurs de risque dans la classe sociale défavorisée, qui aussi utilise moins souvent que les autres les services de santé préventifs. Cependant, comme l'indiquent les consultations de médecins pour des raisons curatives et aussi la consommation de médicaments, tous se prévalent avec la même fréquence des services de santé curatifs. Cette similitude peut en fait indiquer une sous-utilisation des services de santé curatifs par la population de la classe défavorisée, à cause de la prévalence plus élevée de problèmes de santé dans ce groupe social.

Notre étude suggère qu'une forte proportion des inégalités constatées au niveau de l'état de santé des différentes classes sociales serait due aux facteurs de risque liés aux habitudes de vie, ainsi qu'à un manque de prévention plutôt qu'à un manque d'accessibilité ou de recours aux services de santé curatifs. Cependant, une limite importante de notre étude provient

du fait que nous avons restreint nos analyses aux facteurs de risque reliés aux habitudes de vie, par opposition aux facteurs de risque socio-culturels ou aux facteurs reliés à l'environnement physique. Plusieurs de ces facteurs socio-culturels et environnementaux pourraient possiblement expliquer une partie des différences observées entre les classes sociales au niveau de la morbidité et de la mortalité.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient le Dr A.P. Contandriopoulos pour ses suggestions et ses commentaires fort utiles, ainsi que le Dr Hoey pour son appui et son encouragement. Nous remercions aussi Russell Wilkins pour ses cartes géographiques et pour son aide dans l'analyse des données. Martine Comeau, Louise Francoeur et Mireille Paradis nous ont accordé un excellent soutien technique et clérical.

TABLE DES MATIERES

	Page
SUMMARY	i
RESUME	iii
REMERCIEMENTS	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES CARTES	viii
LISTE DES FIGURES	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 - METHODOLOGIE	5
CHAPITRE 2 - CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES COMMUNAUTES ETUDIEES	10
CHAPITRE 3 - ETAT DE LA SANTE SELON LA CLASSE SOCIALE	16
CHAPITRE 4 - LES FACTEURS DE RISQUE LIES AUX HABITUDES DE VIE SELON LA CLASSE SOCIALE	21
CHAPITRE 5 - RECOURS AUX SERVICES DE SANTE SELON LA CLASSE SOCIALE	25
CHAPITRE 6 - DISCUSSION	31
REFERENCES	39
ANNEXES	

LISTE DES TABLEAUX

Page

1 - Caractéristiques socio-démographiques par secteur de résidence, 1981 12

2 - Indicateurs de classe sociale par secteur de résidence, 1981 13

3 - Indicateurs de santé par secteur de résidence, 1981 19

4 - Indicateurs de santé par niveau socio-économique, 1981 20

5 - Habitudes de vie par secteur de résidence, 1981 23

6 - Habitudes de vie par niveau socio-économique, 1981 24

7 - Utilisation des services de santé curatifs, par secteur de résidence, 1981 27

8 - Utilisation des services de santé curatifs, par niveau socio-économique, 1981 28

9 - Utilisation des services de santé pour la prévention des problèmes de santé, par secteur de résidence, 1981 29

10 - Utilisation des services de santé pour la prévention des problèmes de santé, par niveau socio-économique, 1981 30

LISTE DES CARTES

Page

1 - Localisation des DSC de la région 6A (Ile de Montréal et Laval, 1986) 6

2 - Localisation des CLSC de la région 6A (Ile de Montréal et Laval, 1986) 7

LISTE DES FIGURES

Page

1 - Un modèle des relations entre la santé, les facteurs de risque et l'utilisation des services de santé 3

2 - Indicateurs des facteurs de risque, de la santé de la population et de l'utilisation des services de santé 4

INTRODUCTION

L'avènement de l'assurance-maladie au début des années 1970 éliminait les obstacles financiers et, théoriquement, garantissait un accès égal aux services médicaux pour tous les Québécois. Cependant, quinze ans plus tard, d'énormes inégalités subsistent encore entre les classes sociales au niveau des taux de morbidité, de mortalité par âge et d'espérance de vie. Le but de ce rapport est de documenter la persistance de ces inégalités dans le domaine de la santé et d'en explorer les causes possibles. En particulier, les différences entre les classes sociales par rapport à la prévalence de certains facteurs de risque et à l'emploi des services de santé seront considérées comme facteurs explicatifs possibles.

La figure 1 présente un modèle des relations entre les facteurs de risque, la santé de la population et l'utilisation des services de santé. La figure 2 indique les variables employées dans notre étude pour mesurer l'état de santé, les facteurs de risque et le recours aux services de santé. D'après notre modèle, la santé de la population est un état dynamique influencé par deux voies principales: d'une part, par les changements dans les facteurs de risque et, d'autre part, par la modification des problèmes de santé grâce aux services de santé curatifs.

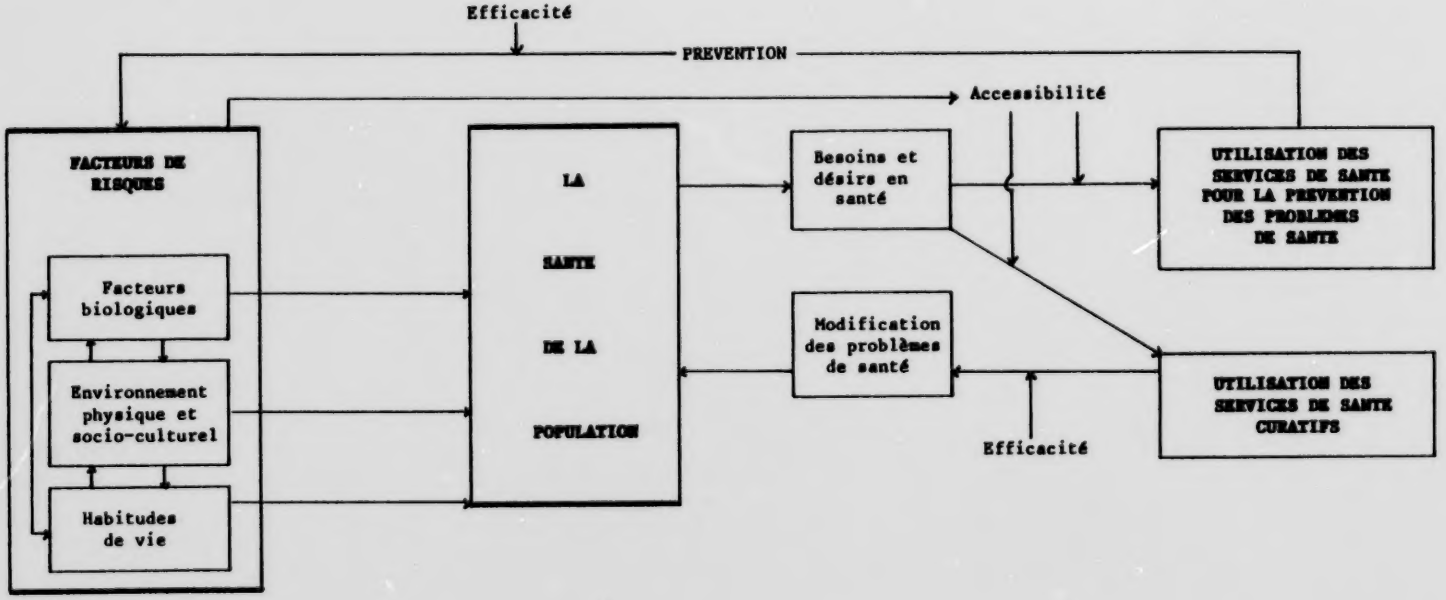
Les facteurs de risque se partagent en trois catégories interdépendantes: les facteurs biologiques comme l'âge et le profil génétique, les facteurs liés à l'environnement tel le milieu socio-culturel et physique dans lequel les gens vivent, et enfin les facteurs associés aux habitudes de

vie. Les facteurs de risque et indirectement la santé peuvent être modifiés à l'aide d'interventions préventives.

Dans notre modèle, les services de santé sont divisés en services curatifs, lorsqu'un problème de santé existe déjà, et en services préventifs. Les besoins et les désirs de santé déterminent le recours aux services de santé, par l'entremise de certains facteurs d'accessibilité comme la langue, la culture, la situation géographique et le coût. Ceci veut dire qu'avant qu'un individu ne puisse accéder aux services de santé, il faut d'abord qu'il en perçoive le besoin et qu'il désire améliorer ou maintenir son état de santé. De plus, aucun obstacle ne doit empêcher l'accès aux services de santé. L'efficacité des services de santé pour rétablir la santé, et des interventions préventives pour empêcher la survenue de problèmes de santé potentiels dépend de certains facteurs comme les progrès technologiques dans les traitements et le degré d'adhésion par les individus aux régimes de santé ou aux traitements prescrits.

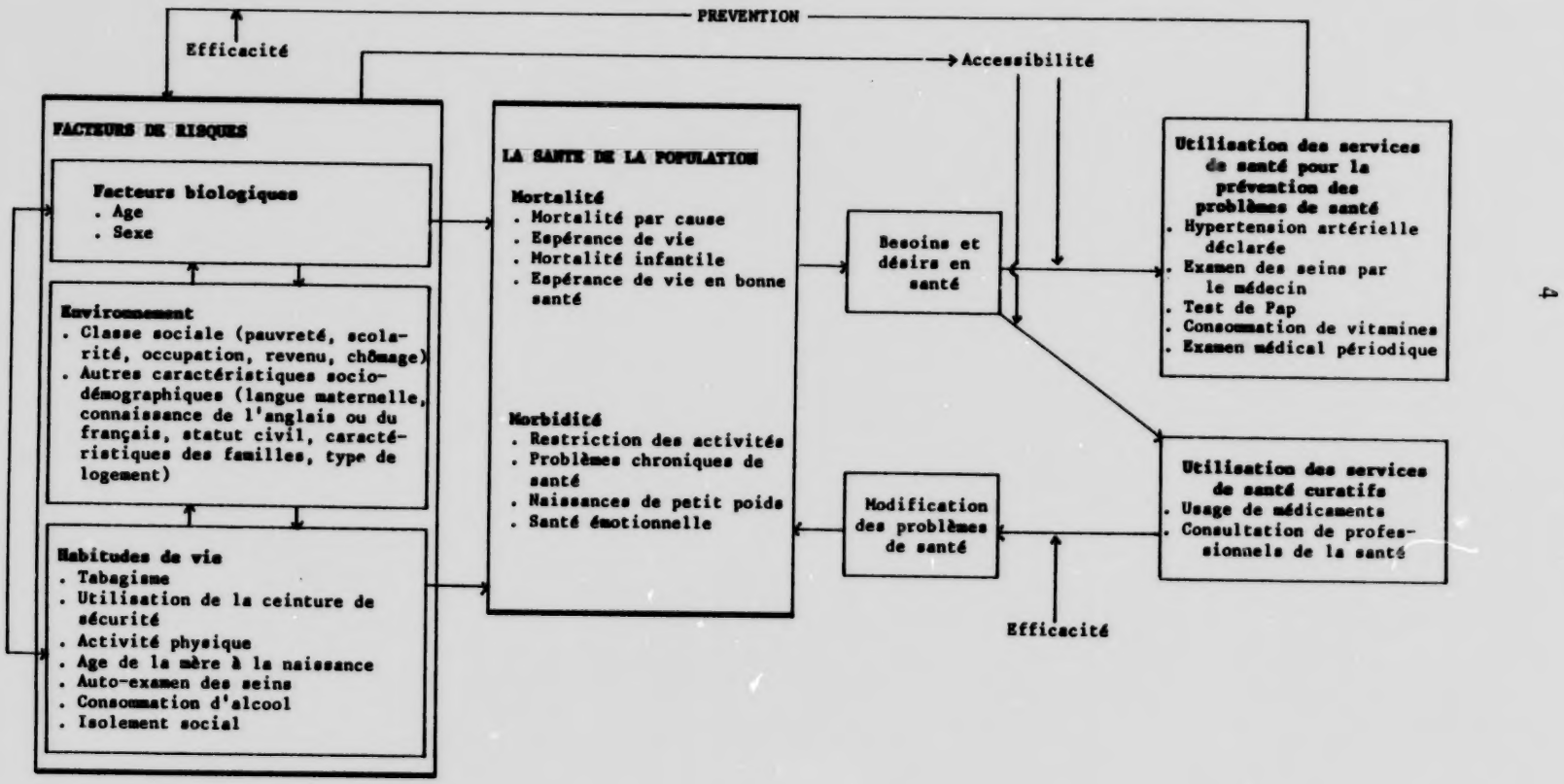
Ce rapport comprend six chapitres. La méthodologie fait l'objet du premier chapitre. Le chapitre 2 décrit les caractéristiques socio-démographiques des populations étudiées. Le chapitre 3 s'adresse à la question primordiale de notre étude: existe-t-il une différence entre les classes sociales par rapport à la santé? Aux chapitres 4 et 5 les rapports entre la classe sociale et la prévalence de certains facteurs de risque liés aux habitudes de vie sont examinés, ainsi que l'utilisation des services de santé. Enfin nos résultats sont discutés au chapitre 6.

FIGURE 1 - UN MODELE DES RELATIONS ENTRE LA SANTE, LES FACTEURS DE RISQUE ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE



Source: Adapté de Contandriopoulos, 1986.

FIGURE 2 - INDICATEURS DES FACTEURS DE RISQUE, DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ



CHAPITRE 1 - METHODOLOGIE

Nous avons utilisé deux méthodes pour étudier les rapports qui existent entre la classe sociale, l'état de la santé, la prévalence des facteurs de risque et le recours aux services de santé. La première méthode consistait en une approche "écologique" qui examinait ces rapports de façon indirecte. Cinq secteurs desservis par les centres locaux de services communautaires (CLSC)* du territoire du département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal (DSC-HGM) (cartes 1 et 2) ont chacun été situés dans une des trois classes sociales, supérieure, moyenne ou défavorisée, par l'emploi de cinq indicateurs de classe sociale, i.e., la pauvreté, la scolarité, le revenu, le chômage et l'occupation. Chaque CLSC a reçu une cote entre 1 et 5 (de supérieur à inférieur) pour chacune de ces caractéristiques. Le score mérité par chaque CLSC, obtenu par l'addition de ces cotes, a servi au classement des secteurs par classe sociale. L'état de la santé, la prévalence des facteurs de risque et le recours aux services de santé ont alors été étudiés pour chaque secteur. Les données ont été tirées de deux sources. Les données de recensement et celles concernant la mortalité et la natalité ont été fournies par les Dossiers socio-démographiques et sanitaires des CLSC du DSC-HGM (Gagnon et al., 1986; Gagnon et Comeau, 1986a, 1986b; Gagnon et al., 1987a, 1987b). Les données concernant l'état de la santé, les facteurs de risque et le recours aux services de santé provenaient d'une reprise de l'Enquête Santé Canada effectuée en 1979-81 à

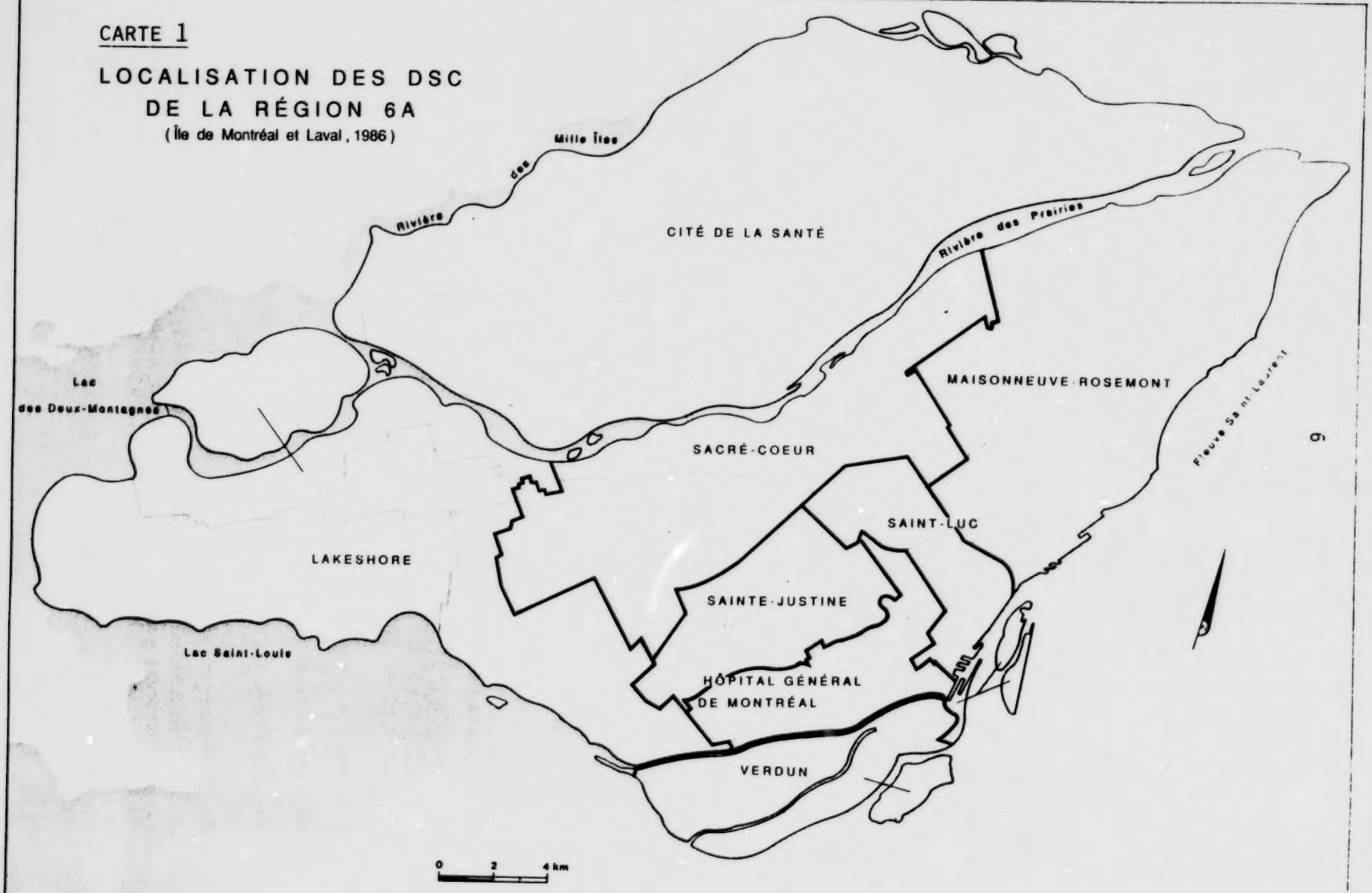
---

* Les cinq secteurs étudiés étaient les suivants: St-Henri/Petite Bourgogne, St-Louis du Parc, Métro, Westmount et Notre-Dame-de-Grâce (NDG). Métro et Westmount sont desservis par le même CLSC, mais nous les avons considérés indépendamment l'un de l'autre à cause des grandes différences au niveau de leurs caractéristiques socio-démographiques et de l'état de santé de la population.

CARTE 1

LOCALISATION DES DSC DE LA RÉGION 6A

(Île de Montréal et Laval, 1986)



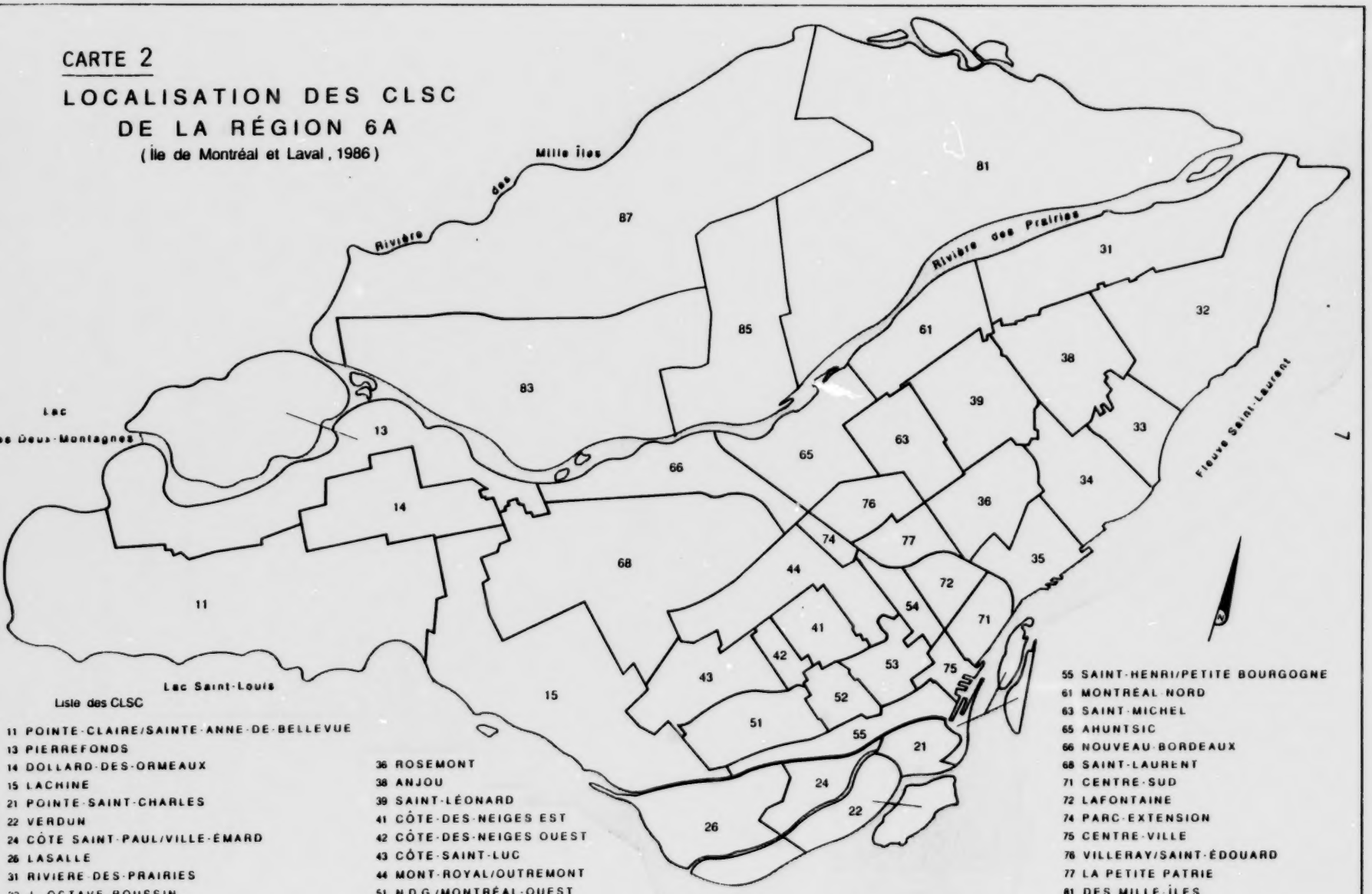
Carte réalisée selon le découpage des codes postaux et des municipalités

PLANTE SIMONEAU TREMBLA-

CARTE 2

LOCALISATION DES CLSC DE LA RÉGION 6A

(Île de Montréal et Laval, 1986)



Liste des CLSC

11 POINTE-CLAIRE/SAINTE-ANNE-DE-BELLEVUE
13 PIERREFONDS
14 DOLLARD-DES-ORMEAUX
15 LACHINE
21 POINTE-SAINT-CHARLES
22 VERDUN
24 CÔTE SAINT-PAUL/VILLE-ÉMARD
26 LASALLE
31 RIVIERE-DES-PRAIRIES
32 J.-OCTAVE-ROUSSIN
33 MERCIER EST
34 MERCIER OUEST
35 HOCHELAGA-MAISONNEUVE
36 ROSEMONT
38 ANJOU
39 SAINT-LÉONARD
41 CÔTE-DES-NEIGES EST
42 CÔTE-DES-NEIGES OUEST
43 CÔTE-SAINT-LUC
44 MONT-ROYAL/OUTREMONT
51 N.D.G./MONTRÉAL-OUEST
52 WESTMOUNT
53 MÉTRO
54 SAINT-LOUIS-DU-PARC
55 SAINT-HENRI/PETITE BOURGOGNE
61 MONTRÉAL-NORD
63 SAINT-MICHEL
65 AHUNTSIC
66 NOUVEAU-BORDEAUX
68 SAINT-LAURENT
71 CENTRE-SUD
72 LAFONTAINE
74 PARC-EXTENSION
75 CENTRE-VILLE
76 VILLERAY/SAINT-ÉDOUARD
77 LA PETITE PATRIE
81 DES MILLE-ÎLES
83 NORMAN-BETHUNE
85 DU MARIGOT
87 SAINTE-ROSE

Carte réalisée selon le découpage des codes postaux et des municipalités

PLANTE, SIMONEAU, TREMBLAY

l'échelle du territoire desservi par le DSC-HGM (O'Loughlin, 1985a, 1985b). L'annexe A fournit une description de la méthodologie suivie pour l'Enquête santé communautaire du DSC-HGM et définit les variables considérées dans cette enquête.

Cette première approche "écologique" s'est révélée avantageuse à cause de la disponibilité des données requises pour chaque secteur de CLSC. Le fait que chacun des cinq secteurs englobe en réalité un mélange de classes sociales constituait par contre la principale faiblesse de cette méthode, parce que ceci peut obscurcir les rapports exacts entre la classe sociale et les caractéristiques faisant l'objet de notre étude.

La deuxième approche, plus directe, exploitait les données fournies par l'Enquête santé communautaire du DSC-HGM pour classer individuellement les répondants d'après leur statut socio-économique. Chaque répondant a reçu une cote de statut socio-économique établie d'après l'indice socio-économique révisé des occupations de Blishen et McRoberts (Blishen et McRoberts, 1976). Cette variable est décrite en détail à l'annexe A. Les rapports entre la santé, les habitudes de vie, le recours aux services de santé et le statut socio-économique ont alors été examinés. Cette approche n'est pas sujette aux problèmes que peuvent poser les analyses écologiques, et ceci constituait un de ses atouts. Cependant, elle compte aussi certains désavantages, parce que l'indice Blishen-McRoberts ne reflète pas nécessairement complètement la classe sociale, et parce que la variable "secteur de CLSC" mesure possiblement mieux certaines caractéristiques des classes sociales que l'indice Blishen-McRoberts. Le nombre limité de variables pouvant être étudiées suivant cette méthode (uniquement celles pour lesquel-

les l'Enquête santé communautaire du DSC-HGM fournissait des données) constituait une autre difficulté.

CHAPITRE 2 - CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES COMMUNAUTES ETUDIEES

Selon notre définition, les caractéristiques socio-démographiques comprennent les particularités biologiques comme l'âge et le sexe, les traits socio-culturels comme la langue maternelle et la structure familiale, et les caractéristiques de l'environnement physique comme, par exemple, le type de logement. Ces caractéristiques socio-démographiques apparaissent aux figures 1 et 2 comme facteurs de risque biologiques et facteurs de risque liés à l'environnement.

Comme l'indique notre modèle, ces facteurs socio-démographiques agissent de façon directe sur la santé de la population. Ils peuvent aussi affecter la santé en empêchant l'accès aux services de santé, même lorsque les besoins et les désirs de santé sont clairement exprimés. Par exemple, les résidents chinois de St-Louis du Parc désirant consulter un professionnel de la santé peuvent en être empêchés par une barrière linguistique. De même, les résidents pauvres de St-Henri/Petite Bourgogne ayant besoin de consulter régulièrement un dentiste peuvent trouver le coût de ces consultations prohibitif. Enfin, les personnes âgées de NDG qui ont besoin de traitements médicaux disponibles seulement au centre-ville s'en passeront peut-être si le déplacement en taxi ou en autobus leur paraît trop pénible.

Certains facteurs de risque liés à l'environnement sont modifiables par le biais d'interventions préventives comme par exemple l'éducation en matière de santé ou d'autres programmes de promotion de la santé. Cependant, certains facteurs de risque peuvent eux-mêmes empêcher l'accès aux interventions préventives. Par exemple, des campagnes contre le tabagisme

qui seraient efficaces dans un milieu anglophone le seront peut-être moins dans une communauté francophone ou dans une autre communauté multi-ethnique, ou encore, les fumeurs des classes défavorisées risquent de ne pas pouvoir se payer des cours les aidant à cesser de fumer.

Ce chapitre décrit les caractéristiques socio-démographiques des cinq territoires étudiés. Même s'ils sont géographiquement contigus, ces territoires possèdent des caractéristiques d'une grande diversité (tableaux 1 et 2).

La population de St-Henri est en grande majorité francophone. Les familles comptent fréquemment trois enfants ou plus, et les mariages échouent souvent, comme en fait foi la grande proportion de personnes divorcées ou séparées. Le pourcentage des familles monoparentales est remarquablement élevé. Peu de résidents possèdent leur propre logement et peu vivent dans des tours d'habitation. Le taux de chômage est élevé et la plupart des personnes qui travaillent sont des cols bleus. Le revenu moyen annuel moyen par ménage privé en 1981 était de 14 350 $.

St-Louis du Parc se distingue par sa grande diversité ethnique et par son grand nombre de familles comportant de jeunes enfants. Les ethnies française, anglaise, portugaise, grecque et chinoise dominent. Les résidents qui possèdent leur propre logement sont rares et très peu aussi vivent dans des tours d'habitation. Les résidents de St-Louis du Parc sont en général peu scolarisés, souffrent d'un taux de chômage élevé et vivent en grand nombre sous le seuil de la pauvreté. Plus d'un tiers sont des cols bleus et le revenu moyen annuel par ménage privé en 1981 était de 15 216 $.

TABLEAU 1

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Population totale N	Age ≤14 %	Age ≥65 %	Sexe Femmes %	Langue maternelle Français %	Langue maternelle Anglais %	Langue maternelle Autre %	Ne parle ni anglais, ni français %	Etat matrimonial Jamais marié %	Etat matrimonial Marié, union de fait %	Etat matrimonial Séparé, divorcé %	Etat matrimonial Veuf, veuve %	Personnes vivant seule %	Familles Sans enfant %	Familles Trois enfants ou plus %	Familles mono-parentales %	Type de logement Individuel non attenant %	Type de logement Edifice de 5 étages ou plus %
St-Henri	22 255	17,8	12,5	50,6	81,1	15,7	3,1	0,4	39,4	41,4	10,0	9,7	11,9	26,9	27,7	40,4	1,9	9,0
St-Louis	45 455	19,4	9,0	49,5	41,7	13,9	44,4	10,3	39,8	46,4	7,4	6,2	13,9	29,1	17,9	26,1	0,8	9,4
Métro	34 960	4,1	16,5	50,8	34,8	45,7	19,4	1,0	51,0	30,3	11,1	7,3	44,9	62,5	3,8	13,8	1,0	67,3
NDG	69 715	15,0	16,2	54,3	22,5	57,0	20,5	1,7	33,2	51,1	7,0	8,8	15,0	39,9	11,3	27,3	6,9	17,9
Westmount	22 145	14,8	18,2	55,5	17,6	70,7	11,7	0,1	33,4	51,8	6,9	8,5	13,4	37,6	15,3	22,0	12,4	33,4

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a, 1986b); Gagnon et al. (1987a, 1987b).

Note: Voir les tableaux B.1-B.9 à l'annexe B pour des données plus détaillées sur chaque variable.

TABLEAU 2

INDICATEURS DE CLASSE SOCIALE PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Classe sociale	Pauvreté %	Scolarité		Revenu moyen annuel $	Chômage %	Occupation	
			<9e %	Diplôme universitaire %			Profes-sionnel %	Col bleu %
St-Henri	Défavorisée	44,2	45,8	2,9	14 350	15,5	15,4	43,1
St-Louis	Défavorisée	40,0	37,8	10,4	15 216	12,6	23,2	36,0
Métro	Moyenne	26,4	10,6	48,3	21 747	7,8	47,6	9,5
NDG	Moyenne	20,0	15,7	20,7	25 443	7,9	40,4	15,8
Westmount	Supérieure	8,7	5,8	38,1	53 348	5,8	59,7	6,0

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a, 1986b); Gagnon et al. (1987a, 1987b); Wilkins (1985).

Note: Voir les tableaux B.10-B.14 à l'annexe B pour des données plus détaillées sur chaque variable.

Métro est caractérisé par sa population d'universitaires et de gens d'affaires. Peu de familles ont de jeunes enfants et beaucoup de personnes vivent seules dans des tours d'habitation. Par comparaison aux autres territoires, Métro compte une forte proportion de célibataires et de personnes divorcées ou séparées. Les résidents de Métro sont bien éduqués-- près de la moitié détiennent un diplôme universitaire. Par rapport aux populations de St-Henri/Petite Bourgogne et de St-Louis du Parc, peu vivent sous le seuil de la pauvreté. Les membres des professions libérales et les cadres sont nombreux et le revenu annuel moyen par ménage en 1981 était de 21 747 $.

Enfin, les secteurs NDG et Westmount sont remarquables pour leur forte proportion d'anglophones et de personnes âgées et tout particulièrement de femmes âgées. Environ un tiers des familles sont sans enfant et les mariages échouent moins souvent que dans les autres territoires. Plus de résidents possèdent leur propre logement. Un grand nombre ont une bonne éducation, relativement peu vivent sous le seuil de la pauvreté et environ la moitié sont des cadres ou des membres des professions libérales. Le revenu moyen annuel moyen par ménage privé en 1981 était de 25 443 $ à NDG et de 53 348 $ à Westmount.

Tel que nous l'avons déjà indiqué, nous avons situé chacune des communautés étudiées dans une des trois classes sociales (défavorisée, moyenne, supérieure) à l'aide des indicateurs de classe sociale présentés au tableau 2. St-Henri et St-Louis du Parc se sont retrouvés dans la catégorie défavorisée, Métro et NDG dans la catégorie moyenne et Westmount dans la

catégorie supérieure. Il ne faut cependant pas oublier que si ces catégories fournissent un reflet de la communauté prise dans son ensemble, chaque communauté englobe en réalité un mélange des trois classes sociales.

CHAPITRE 3 - ETAT DE LA SANTE SELON LA CLASSE SOCIALE

L'état de la santé d'une population est un état dynamique influencé par des changements dans les facteurs de risque liés aux habitudes de vie, à l'environnement ou à la biologie. Par exemple, lorsque la prévalence du tabagisme ou de la consommation excessive d'alcool change dans une population donnée, l'incidence et la prévalence des maladies associées à ces facteurs de risque changent aussi. La prévalence des maladies liées à l'âge augmente avec le vieillissement de la population. La santé de la population peut aussi changer à cause du recours aux services de santé curatifs. Une population qui consulte des professionnels de la santé pour des problèmes pour lesquels des traitements efficaces sont connus et qui adhère aux traitements recommandés devrait jouir d'une meilleure santé qu'une population qui ne consulte pas.

La santé de la population agit sur les besoins et les désirs de santé, qui affectent à leur tour le recours aux services de santé préventifs et curatifs. Une population consciente d'un besoin de santé, et qui cherche à soutenir ou à améliorer son état de santé, voudra profiter des bénéfices que peuvent lui fournir les services de santé préventifs et curatifs. Une campagne anti-tabac pourra, par exemple, se donner pour objectif la conscientisation d'un groupe-cible par rapport aux dangers de la cigarette. Si ce groupe-cible est réceptif au message qui lui est adressé, il reconnaîtra alors qu'il doit modifier sa consommation de tabac. Ses membres chercheront peut-être à modifier leur usage du tabac soit, par exemple, en participant à un programme contre l'usage de la cigarette ou en demandant à

leur médecin de les aider à cesser de fumer. S'ils réussissent, la prévalence des maladies liées au tabagisme diminuera dans le groupe-cible.

Les indicateurs de mortalité et de morbidité sont indiqués au tableau 3 pour chaque CLSC. Le tableau 4 présente les indicateurs de santé fournis par l'Enquête santé communautaire du DSC-HGM, selon le niveau socio-économique.

En général, les données indiquent de vastes inégalités entre les classes sociales par rapport à la santé. Les taux de mortalité globaux ajustés pour l'âge et, plus particulièrement, les taux de mortalité due aux maladies cardio-vasculaires, au cancer et aux accidents, sont beaucoup plus élevés dans la population de la classe défavorisée que dans les populations des autres classes. Cette différence entre les taux de mortalité se traduit par un écart de 8,6 années entre les espérances de vie à St-Henri/Petite Bourgogne (69,4 ans) et à Westmount (78,0 ans). De plus, l'espérance de vie ajustée pour la qualité de vie (qui tient compte du nombre d'années de restriction des activités) varie de 60,0 ans à St-Henri/Petite Bourgogne à 70,8 ans à Westmount, ce qui veut dire qu'un résident de Westmount peut s'attendre à vivre sans incapacité et sans restriction dans ses activités 10,8 ans de plus qu'un résident de St-Henri/Petite Bourgogne. Il ne semble pas y avoir de tendance liée à la classe sociale par rapport à la mortalité infantile dans les cinq secteurs de CLSC*.

---

* Cependant, dans une autre étude où les CLSC de l'ensemble de la région montréalaise furent regroupés selon la classe sociale, les plus défavorisés ont présenté les taux de mortalité infantile les plus élevés (Pelchat et Wilkins, 1986).

Le statut social est aussi associé de façon marquée aux indicateurs de morbidité. La prévalence des naissances de petit poids, de la limitation sur le plan des activités et d'un état psychique négatif est plus forte dans la classe sociale défavorisée que dans les autres classes. Aussi, les membres de la classe sociale défavorisée souffrent plus souvent de problèmes chroniques de santé, 16% d'entre eux manifestant au moins deux problèmes de santé chroniques, comparé à 9% seulement des gens de la classe supérieure.

TABLEAU 3

INDICATEURS DE SANTE PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Classe sociale	MORTALITE: Rapports de mortalité standardisés(a) — Maladies de l'appareil circulatoire	Tumeurs	Accidents	Toutes les causes	Mortalité infantile ‰	Espérance de vie ans	Espérance de vie en bonne santé ans	MORBIDITE: Naissances de petit poids (<2 500 g) %	Restriction des activités %(b)	Nombre de problèmes de santé chronique: Aucun %(b)	≥2 %(b)	Santé émotionnelle négative %(b)
St-Henri	Défavorisée	1,5	1,7	1,6	1,6	9,2	69,4	60,0	9,5	21,9	59,9	18,4	13,6
St-Louis	Défavorisée	1,4	1,3	1,8	1,5	11,7	71,9	66,3	6,4	13,8	67,8	13,4	12,7
Métro	Moyenne	1,0	1,0	1,8	1,2	12,0	72,1	67,3	6,1	15,0	68,9	11,6	4,9
NDG	Moyenne	1,0	1,0	1,0	1,0	7,1	76,7	71,4	6,1	10,7	69,7	13,5	6,7
Westmount	Supérieure	0,6	0,7	0,7	0,6	10,3	78,0	70,8(c)	5,9	11,1	68,6	9,7	1,8

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a, 1986b); Gagnon et al. (1987a, 1987b); Wilkins (1982); Pelchat et Wilkins (1986); Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: Voir les tableaux B.15-B.23 à l'annexe B pour des données plus détaillées sur chaque variable.
(a) Rapports des taux de mortalité ajustés pour l'âge selon la méthode indirecte, en utilisant les taux de la Région 6A comme taux standards.
(b) Les pourcentages ont été ajustés pour l'âge et le sexe selon la méthode directe, en utilisant la population de la Région 6A comme population standard.
(c) La définition du territoire de Westmount inclut la partie est de NDG, qui est alors exclue du secteur NDG proprement dit.

TABLEAU 4

INDICATEURS DE SANTE PAR NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1981

Niveau socio-économique	Restriction des activités %	Nombre de problèmes de santé chronique		Santé émotionnelle négative %
		Aucun %	≥2 %	
Défavorisé	16,6	64,2	15,8	14,4
Moyen	15,3	65,3	14,9	6,8
Supérieur	9,7	70,4	9,3	4,0

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: Voir les tableaux B.15-B.23 à l'annexe B pour des données plus détaillées sur chaque variable.
Les pourcentages ont été ajustés pour l'âge et le sexe selon la méthode directe, en utilisant la population de la Région 6A comme population standard.
(a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).

CHAPITRE 4 - LES FACTEURS DE RISQUE LIES AUX HABITUDES DE VIE SELON LA CLASSE SOCIALE

Les facteurs de risque peuvent être biologiques ou être liés à l'environnement ou au mode de vie. Le premier chapitre de ce rapport, qui concernait les caractéristiques socio-démographiques des communautés étudiées, s'est penché sur les facteurs de risque d'ordre biologique et environnemental. Ce chapitre-ci considère les inégalités entre les classes sociales par rapport à la prévalence de certains facteurs de risque liés au mode de vie, dont l'usage du tabac, le port de la ceinture de sécurité, l'activité physique, la consommation d'alcool, l'isolement social, l'auto-examen des seins et la grossesse chez les adolescentes. Le tableau 5 montre, pour chaque CLSC, la prévalence de ces facteurs de risque. Les données sur le statut socio-économique sont présentées au tableau 6. Les variables ont été tirées de l'Enquête santé communautaire du DSC-HGM avec la seule exception de la grossesse chez les adolescentes; dans ce dernier cas, les données provenaient des dossiers socio-démographiques et sanitaires compilés pour chaque CLSC.

Les données tendent en général à démontrer une prévalence accrue de plusieurs facteurs de risque dans la population de la classe sociale la plus pauvre. La prévalence des facteurs de risque s'accroît alors que le statut social diminue pour cinq des huit indicateurs étudiés, c'est-à-dire, l'usage du tabac, le port de la ceinture de sécurité, le niveau d'activité physique pendant les loisirs, la grossesse chez les adolescentes et, chez les femmes, l'auto-examen des seins. Cette tendance est particulièrement marquée pour l'auto-examen des seins, l'usage du tabac et la grossesse chez les adolescentes. Soixante-cinq pour cent des femmes de St-Henri/Petite Bourgogne ne

s'examinent pas les seins, comparé à 19% seulement des résidentes de Westmount. De même, la prévalence de l'usage du tabac passe de 58% dans St-Henri/Petite Bourgogne à 18% dans Westmount, ce qui représente un écart de 40%. Moins de 1% des nouvelles mères à Westmount sont des adolescentes, comparé à 17% dans St-Henri/Petite Bourgogne.

On ne discerne aucun lien entre le statut social et le niveau d'activité physique pendant l'activité principale, et entre le statut social et la surconsommation d'alcool. De même, malgré la plus grande tendance à l'isolement social apparaissant au tableau 6 pour la classe sociale défavorisée, le test du X^2 (voir tableau B.35 à l'annexe B) indique que cette différence n'est pas significative, et les mêmes données présentées au tableau 5 pour chaque CLSC ne suggèrent pas non plus qu'une telle tendance existe vraiment.

TABLEAU 5

HABITUDES DE VIE PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Classe sociale	Fumeurs %	Non-utilisation de la ceinture de sécurité %	Inactivité physique		Surconsommation d'alcool (≥14 consommations/semaine) %	Isolement social %	Auto-examen des seins (jamais) %	Naissances chez les mères de ≤19 ans %
				Durant l'activité majeure %	Durant les loisirs %				
St-Henri	Défavorisée	57,7	51,9	29,3	35,0	13,4	19,8	64,9	17,1
St-Louis	Défavorisée	47,3	39,3	37,5	36,3	8,1	20,8	43,2	8,1
Métro	Moyenne	38,5	38,5	36,5	24,7	15,3	22,1	28,7	4,2
NDG	Moyenne	36,6	29,5	29,5	19,4	12,6	19,2	33,8	4,4
Westmount	Supérieure	18,4	23,3	34,9	24,0	10,4	19,4	19,3	0,8

Sources: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81; Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a, 1986b); Gagnon et al. (1987a, 1987b).

Notes: Voir les tableaux B.24-B.38 à l'annexe B pour des données plus détaillées sur chaque variable.
Les pourcentages ont été ajustés pour l'âge et le sexe selon la méthode directe, en utilisant la population de la Région 6A comme population standard.

TABLEAU 6

HABITUDES DE VIE PAR NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE[a], 1981

Niveau socio-économique	Fumeurs %	Non-utilisation de la ceinture de sécurité %	Inactivité physique		Surconsommation d'alcool (≥ 14 consommations/sem.) %	Isolement social %	Auto-examen des seins (jamais) %
			Durant l'activité majeure %	Durant les loisirs %			
Défavorisé	52,6	38,1	26,0	36,1	10,5	21,0	51,6
Moyen	44,5	38,5	39,7	36,1	13,7	19,2	39,3
Supérieur	29,3	29,0	30,7	25,1	12,5	16,1	26,0

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: Voir les tableaux B.24-B.38 à l'annexe B pour des données plus détaillées sur chaque variable.
Les pourcentages ont été ajustés pour l'âge et le sexe selon la méthode directe, en utilisant la population de la Région 6A comme population standard.
(a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).

CHAPITRE 5 - RECOURS AUX SERVICES DE SANTE SELON LA CLASSE SOCIALE

Les besoins et les désirs d'une population en ce qui touche à sa santé influencent son recours aux services de santé curatifs et préventifs (figure 1). Les interventions préventives peuvent agir sur les facteurs de risque et les services de santé curatifs s'adressent aux problèmes de santé qui existent déjà. Les indices relatifs à l'utilisation des services de santé curatifs sont présentés au tableau 7 pour chaque CLSC, et le tableau 8 donne les mêmes données selon le niveau socio-économique. Les tableaux 9 et 10 décrivent l'utilisation des services de santé préventifs par CLSC et par niveau socio-économique. Toutes les données présentées dans ces tableaux ont été tirées de l'Enquête santé communautaire effectuée par le DSC-HGM.

Recours aux services curatifs

Les données concernant les consultations de dentistes et de spécialistes de la vue suggèrent l'existence d'une tendance selon le statut social. Le taux de consultations dentaires, en particulier, fluctue de façon marquée d'une classe sociale à l'autre. Soixante-trois pour cent des membres de la classe sociale défavorisée n'ont pas consulté de dentiste depuis au moins un an comparé à seulement 30% dans la classe supérieure, ce qui représente un écart de 33%. De même, 87% des personnes défavorisées n'ont pas consulté un spécialiste de la vue au cours des 12 derniers mois, comparé à 76% des gens plus aisés.

Le taux de consultation de médecins varie moins selon la classe sociale, même si nos données suggèrent que les personnes plus défavorisées fréquen-

tent moins souvent les médecins que les personnes plus aisées. Nous n'avons noté aucune tendance importante par rapport à la consommation de produits pharmaceutiques.

Recours aux services de santé pour la prévention

En général, nos données concernant le recours aux services de santé préventifs suggèrent certaines tendances liées à la classe sociale. Environ un tiers des consultations de médecins à NDG et à Westmount ont pour but un examen médical périodique, comparé à seulement 13% dans St-Henri, 23% dans St-Louis du Parc et 15% dans Métro. La même tendance générale ressort au tableau 10, qui présente les données d'après le statut socio-économique.

De même, nos données suggèrent une plus grande fréquence d'examens de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus (test de Pap) dans les classes sociales moyenne et supérieure, comparé à la classe défavorisée. Enfin, environ un tiers des membres de la classe sociale supérieure consomment des vitamines, comparé à 23% de la classe moyenne et 15% de la classe défavorisée.

Nous n'avons discerné aucune tendance liée à la classe sociale par rapport à l'hypertension telle que déclarée par les sujets étudiés (cette variable est utilisée comme indicateur de la fréquence du dépistage clinique de l'hypertension).

TABLEAU 7

UTILISATION DES SERVICES DE SANTE CURATIFS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Classe sociale	Nombre de consultations au cours des 12 derniers mois					Usage de médicaments au cours des 2 derniers jours				
		Médecin		Dentiste		Spécialiste des yeux					
		Aucune %	≥5 %	Aucune %	≥3 %	Aucune %	Aucun %	Tranquillisants %	Antibiotiques %	Médicaments pour le coeur ou la tension artérielle %	Analgésiques %
St-Henri	Défavorisée	23,3	24,7	68,8	5,2	83,8	62,4	8,4	2,6	9,6	12,4
St-Louis	Défavorisée	28,6	16,5	55,4	11,9	84,0	62,5	4,8	2,8	6,8	16,4
Métro	Moyenne	21,4	17,7	39,0	14,7	68,7	62,2	9,0	1,8	6,0	19,2
NDG	Moyenne	19,5	16,0	37,4	12,8	82,3	66,4	3,8	3,3	7,8	14,0
Westmount	Supérieure	16,7	20,6	22,1	16,8	63,0	66,6	2,4	5,0	9,8	15,1

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: Voir les tableaux B.39-B.46 à l'annexe B pour des données plus détaillées sur chaque variable.
Les pourcentages ont été ajustés pour l'âge et le sexe selon la méthode directe, en utilisant la population de la Région 6A comme population standard.

TABLEAU 8

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ CURATIFS, PAR NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE[a], 1981

Niveau socio-économique	Nombre de consultations au cours des 12 derniers mois					Usage de médicaments au cours des 2 derniers jours				
	Médecin		Dentiste		Spécialiste des yeux					
	Aucune %	≥5 %	Aucune %	≥3 %	Aucune %	Aucun %	Tranquillisants %	Antibiotiques %	Médicaments pour le coeur ou la tension artérielle %	Analgésiques %
Défavorisé	26,1	20,1	63,3	7,8	86,6	60,1	4,9	3,0	8,6	16,0
Moyen	19,5	18,3	44,4	13,8	77,3	64,4	5,7	4,2	6,7	12,8
Supérieur	20,3	18,7	30,3	15,0	74,8	65,7	6,9	1,9	7,8	15,9

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: Voir les tableaux B.39-B.46 à l'annexe B pour des données plus détaillées sur chaque variable.
Les pourcentages ont été ajustés pour l'âge et le sexe selon la méthode directe, en utilisant la population de la Région 6A comme population standard.
(a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).

TABLEAU 9

UTILISATION DES SERVICES DE SANTE POUR LA PREVENTION DES PROBLEMES DE SANTE, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Classe sociale	Examen médical périodique[a] %	Examen des seins par le médecin (jamais) %	Test de Pap (jamais) %	Prend des vitamines %	Hypertension artérielle déclarée %
St-Henri	Défavorisée	13,4	37,6	35,3	10,9	8,6
St-Louis	Défavorisée	22,5	20,9	31,9	10,6	7,5
Métro	Moyenne	14,6	6,6	12,1	34,5	6,6
NDG	Moyenne	34,8	8,0	20,2	28,2	8,3
Westmount	Supérieure	31,7	6,0	10,5	32,1	12,6

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: Voir les tableaux B.47-B.56 à l'annexe B pour des données plus détaillées sur chaque variable.
Les pourcentages ont été ajustés pour l'âge et le sexe selon la méthode directe, en utilisant la population de la Région 6A comme population standard.
(a) Proportion des consultations au cours des deux dernières semaines pour un examen périodique.

TABLEAU 10

UTILISATION DES SERVICES DE SANTE POUR LA PREVENTION DES PROBLEMES DE SANTE, PAR NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE (a), 1981

Niveau socio-économique	Examen médical périodique(b) %	Examen des seins par le médecin (jamais) %	Test de Pap (jamais) %	Prend des vitamines %	Hypertension artérielle déclarée %
Défavorisé	22,6	28,5	31,7	15,3	9,5
Moyen	22,2	14,1	20,1	22,7	7,1
Supérieur	31,5	7,9	18,4	32,8	7,4

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: Voir les tableaux B.47-B.56 à l'annexe B pour des données plus détaillées sur chaque variable. Les pourcentages ont été ajustés pour l'âge et le sexe selon la méthode directe, en utilisant la population de la Région 6A comme population standard.
(a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Proportion des consultations auprès d'un médecin au cours des deux dernières semaines pour un examen périodique.

CHAPITRE 6 - DISCUSSION

Nos données indiquent d'importantes inégalités parmi les résidents de la région centre-ouest de Montréal quant à leur état de santé. L'existence parmi les populations défavorisées de problèmes de santé plus marqués et de taux de mortalité plus élevés pour certaines maladies est un phénomène bien connu. Cependant, notre étude concernait des classes sociales qui, tout en étant très différentes, habitent des territoires très voisins et qui, en théorie, ont tous un accès égal aux mêmes services de santé. Les grandes disparités observées dans l'état de la santé de ces populations sont donc particulièrement surprenantes. Quinze ans après l'avènement de l'assurance-maladie, nous aurions raisonnablement pu nous attendre à moins d'inégalités, à cause de l'absence de barrières financières au niveau de l'accès aux services médicaux.

D'après le modèle présenté à la figure 1, les inégalités par rapport à l'état de la santé dépendent de facteurs de risque biologiques, de facteurs reliés à l'environnement ou aux habitudes de vie, et de l'utilisation des services de santé. Notre étude a démontré que la prévalence de plusieurs facteurs de risque liés au mode de vie était plus élevée parmi les membres de la classe sociale défavorisée. Aussi, les personnes plus pauvres se prévalent moins souvent que les personnes plus aisées des services de santé préventifs. Cependant, peu de différences entre les classes sociales ont été observées quant au recours aux services de santé curatifs.

Les sections qui suivent sont consacrées à une discussion des avantages et des inconvénients de notre système de classification des sujets par

classe sociale. Nous résumons ensuite les tendances observées selon la classe sociale et nous formulons certaines hypothèses quant à l'absence d'une telle tendance pour certaines variables.

Avantages et inconvénients de la classification par classe sociale

Les relations entre l'état de la santé, les facteurs liés au mode de vie, l'utilisation des services de santé, et la classe sociale ont été examinées selon deux approches différentes. La première, que nous avons appelée "écologique", situait chacun des cinq secteurs de CLSC de la région centre-ouest de Montréal dans une des trois classes sociales et déterminait la distribution des variables retenues à l'intérieur de chacun de ces territoires. L'approche écologique était avantageuse à cause de la disponibilité des données concernant ces variables pour chacun des CLSC. Cependant, comme nous l'avons déjà indiqué, l'utilisation du secteur de CLSC comme mesure de la classe sociale peut introduire un biais dans les analyses, parce que chaque territoire embrasse en réalité un mélange des trois classes sociales.

La seconde méthode, dite "directe", classait chacun des répondants de l'Enquête santé communautaire du DSC-HGM dans un des trois niveaux de statut socio-économique. Cette approche directe fournissait une définition plus précise de la classe sociale. En pratique, les résultats obtenus selon les deux approches s'équivalent pour la plupart des variables, ce qui suggère que le secteur de CLSC constitue en fait un substitut valide à la mesure plus directe du statut socio-économique.

La méthode écologique et la méthode directe partagent une caractéristique importante: dans les deux cas, la classification en classes défavorisée, moyenne et supérieure est plutôt arbitraire parce qu'elle ne fait que situer les sujets dans un ordre relatif les uns par rapport aux autres sur l'échelle sociale. En d'autres termes, nos définitions des classes sociales devraient être réexaminées avant d'être appliquées à d'autres population.

Les tendances selon la classe sociale dans l'état de la santé, dans les facteurs de risque liés au mode de vie et dans le recours aux services de santé

L'état de santé

Avec la seule exception de la mortalité infantile, tous les indicateurs de mortalité et de morbidité démontrent un lien entre la classe sociale et l'état de la santé. De plus, même dans l'absence d'un rapport entre la mortalité infantile et la classe sociale, la prévalence des naissances de petit poids qui d'habitude accompagne la mortalité infantile est plus élevée dans la population de la classe sociale défavorisée. Ceci suggère que les nouveau-nés de faible poids issus des classes défavorisées ont le même accès aux soins hospitaliers de première qualité que les nouveau-nés des classes plus favorisées, ce qui expliquerait les taux de survie équivalents entre les classes sociales. Cependant, les taux de mortalité que nous avons observés peuvent aussi représenter une anomalie statistique due à la petitesse de l'échantillon étudié*.

---

* Les données de Pelchat et Wilkins (1986) semblent confirmer cette hypothèse.

Facteurs de risque liés au mode de vie

Parmi les huit facteurs de risque liés au mode de vie que nous avons analysés, cinq sont associés à la classe sociale, la prévalence de ces facteurs étant plus élevée parmi les personnes les plus défavorisées. En particulier, la classe sociale la plus défavorisée se distingue par sa forte proportion de fumeurs, son utilisation moins fréquente de la ceinture de sécurité, son inactivité physique pendant les loisirs, son faible taux d'auto-examen des seins et son grand nombre de grossesses parmi les adolescentes. Tous ces facteurs de risque, en particulier l'usage du tabac, sont intimement liés à l'état de la santé et peuvent en partie expliquer les relations observées entre l'état de la santé et la classe sociale. On ne peut cependant pas détecter de lien clair entre le niveau d'activité physique pendant l'activité principale, la surconsommation d'alcool, l'isolement social et la classe sociale.

L'activité physique pendant l'activité principale se réfère à l'activité principale quotidienne des répondants et détermine leur niveau d'activité physique lorsqu'ils s'adonnent à cette occupation. Nous n'avons trouvé aucun lien entre cette variable et la classe sociale, mais nos données semblent indiquer que les personnes de la classe moyenne détiennent des emplois plus sédentaires que ceux des autres groupes sociaux. Les gens de la classe sociale défavorisée ont tendance à occuper des postes de cols bleus impliquant un plus grand travail physique que les occupations professionnelles ou de gestion. Ceci pourrait expliquer pourquoi les gens plus défavorisés semblent plus actifs pendant leur activité principale.

Nos données indiquent une prévalence égale de surconsommation d'alcool parmi les différentes classes sociales étudiées. Aux fins de notre enquête, la surconsommation d'alcool était définie comme atteignant ou dépassant 14 consommations dans les sept jours qui précédaient l'entrevue. Un plus grand nombre de catégories à l'extrémité supérieure de l'échelle aurait peut-être pu faire apparaître certaines tendances liées à la classe sociale. De plus, notre enquête n'a pas examiné comment la consommation d'alcool se distribue au cours de la semaine, et n'opère donc aucune distinction entre ceux qui boivent beaucoup pendant un jour ou deux et qui s'abstiennent le reste du temps, et ceux qui consomment régulièrement une quantité plus modérée d'alcool. Ces habitudes de consommation devraient être explorées à fond. Il faut aussi demeurer prudent quant au degré de validité et de fiabilité des mesures de consommation d'alcool obtenues dans notre enquête. La consommation d'alcool est une question délicate et les grands buveurs ont peut-être eu tendance à sous-déclarer leur véritable consommation.

Recours aux services de santé

D'après nos données, les personnes pauvres consultent les dentistes moins souvent que les personnes plus favorisées, ce qui n'est guère surprenant étant donné le coût des consultations dentaires. Nos données indiquent d'autre part que les consultations des spécialistes de la vue, qui sont elles couvertes par l'assurance-maladie, sont aussi plus rares parmi les pauvres que parmi les riches. Cependant, le taux de non-consultation est très élevé pour les trois classes sociales (environ 85% des plus défavorisés et 76% des gens plus aisés n'ont pas visité un spécialiste de la vue au cours des 12 derniers mois). Les consultations de spécialistes de la vue

paraissent donc situées très bas sur l'échelle des priorités, ou même considérées inutiles, par les membres des trois classes sociales.

Nous n'avons observé que peu de différences dans les taux de consultation de médecins entre les classes sociales. Ceci diffère nettement de ce que l'on a pu observer pour les consultations dentaires, et ceci suggère que l'introduction de l'assurance-maladie aurait contribué à une réduction des inégalités entre les classes sociales par rapport aux consultations médicales. Cependant, si en réalité les gens défavorisés souffrent plus souvent de maladies aiguës ou chroniques que les personnes plus aisées, elles devraient en fait consulter des médecins plus souvent et consommer plus de médicaments. Nous pouvons donc spéculer que les similitudes entre les personnes défavorisées et plus aisées observées dans notre étude indiquent en fait une sous-utilisation des services de santé curatifs par les personnes défavorisées.

Nos données indiquent cependant que les personnes défavorisées utilisent moins que les autres les services de santé préventifs. En particulier, les examens médicaux périodiques sont moins réguliers parmi les gens défavorisés, la consommation de suppléments vitaminiques est moins fréquente, et moins de femmes défavorisées se soumettent aux examens médicaux de dépistage du cancer du sein et de l'utérus. Nos données indiquent toutefois une fréquence égale d'hypertension déclarée parmi les classes sociales, ce qui suggère une fréquence égale de détection de cette maladie. Cependant, si la prévalence de l'hypertension est en réalité plus élevée chez les personnes défavorisées, la fréquence de détection est alors moindre que ce qu'elle devrait être dans ce groupe de personnes.

Conclusion

Nous avons donc pu constater que la morbidité et la mortalité varient selon la classe sociale dans la région centre-ouest de Montréal, les problèmes de santé étant plus fréquents dans la population de la classe défavorisée que dans les autres classes. La prévalence de plusieurs facteurs de risque est plus élevée parmi les personnes défavorisées, et les montréalais pauvres tendent à moins se prévaloir des services de santé préventifs et des soins dentaires que les montréalais plus aisés. Toutefois, les taux de consultation de médecins et d'usage de médicaments indiquent un recours égal parmi toutes les classes sociales aux services de santé curatifs. Cependant, étant donné la prévalence plus élevée de maladie chez les personnes défavorisées, cette similitude peut en réalité indiquer une sous-utilisation des services de santé curatifs par ce groupe social.

Une conclusion générale qui émerge de ces données est que les inégalités que nous avons observées au niveau de la santé seraient en grande partie attribuables aux facteurs de risque liés au mode de vie ainsi qu'à un manque de prévention, plutôt qu'à une inaccessibilité ou à un manque de recours aux services de santé curatifs. Bien sûr, cette interprétation doit être acceptée avec prudence. Nos données comportent plusieurs limites et des recherches plus poussées sur cette question complexe s'imposent. Par exemple, nos mesures d'utilisation des services de santé curatifs sont très limitées. L'analyse de données sur l'utilisation des services hospitaliers ainsi que de certains services hautement spécialisés aurait été utile. Une autre limite de notre étude provient du fait que nous avons restreint nos analyses aux facteurs de risque reliés au mode de vie, par opposition aux

facteurs de risque socio-culturels ou aux facteurs reliés à l'environnement physique. Plusieurs de ces facteurs socio-culturels et environnementaux pourraient possiblement expliquer une partie des différences observées entre les classes sociales au niveau de la morbidité et de la mortalité. Par exemple, les caractéristiques de l'environnement physique, que ce soit au travail ou à la maison, varient selon la classe sociale et peuvent aussi avoir un impact sur la santé. Dans une étude plus poussée des relations entre la classe sociale, les facteurs de risque, et l'état de la santé, les analyses ne devraient pas être restreintes aux facteurs de risque reliés au mode de vie. D'autres types d'analyse auraient aussi pu être effectués. Par exemple, nous étudions présentement les taux de mortalité dans le DSC de l'Hôpital général de Montréal, que nous avons regroupés en deux grandes catégories: d'une part, les décès qu'une utilisation efficace des services de santé aurait pu prévenir et, d'autre part, les décès qui même avec les meilleurs traitements n'auraient pas pu être évités. Il sera intéressant de voir s'il existe des tendances liées à la classe sociale pour chacune de ces deux catégories de causes de décès.

REFERENCES

1. Blishen, B. et H. McRoberts. A revised socioeconomic index for occupations in Canada. Canadian Review of Sociology and Anthropology, 1976;13:71-79.

2. Enquête Santé Canada. La santé des Canadiens. Rapport de l'Enquête Santé Canada. Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, catalogue 82-538F. Ottawa: Approvisionnements et services Canada, 1981.

3. Contandriopoulos, A.P., Champagne, F. et R. Pineault. L'influence du paiement de ressources dans le système de santé: Un cadre d'analyse. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Faculté de médecine, Université de Montréal, N-86-01, 1986.

4. Gagnon, G. et M. Comeau. Dossier socio-démographique et sanitaire-CLSC St-Henri/Petite Bourgogne. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1986a.

5. Gagnon, G., Wilkins, R., Ioannou, S. et J. O'Loughlin. Dossier socio-démographique et sanitaire - CLSC NDG. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1986.

6. Gagnon, G. et M. Comeau. Dossier socio-démographique et sanitaire-CLSC Métro - Secteur Westmount. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1986b.

7. Gagnon, G., Comeau, M. et B. Shatenstein. Dossier socio-démographique et sanitaire - CLSC Métro. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1987a (à paraître).

8. Gagnon, G., Comeau, M. et B. Shatenstein. Dossier socio-démographique et sanitaire - CLSC St-Louis du Parc. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1987b (à paraître).

9. Pelchat, Y. et R. Wilkins. Dossier naissances: Quelques aspects socio-démographiques et sanitaires des mères et nouveau-nés de la Région 6A (Montréal Métropolitain), 1979-1983. Montréal, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1986.

10. O'Loughlin, J. Socio-demographic, health and lifestyle characteristics of children in the territory of the Montreal General Hospital Department of Community Health. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1985a.

11. O'Loughlin, J. Socio-demographic, health and lifestyle characteristics of adults in the territory of the Montreal General Hospital Department of Community Health. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1985b.

12. Wilkins, R. Données sur la pauvreté dans la région métropolitaine de Montréal à partir d'une série de totalisations spéciales du recensement de 1981. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1985.

13. Wilkins, R. Health expectancy in the territory of the Montreal General Hospital, Department of Community Health. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1982.

ANNEXE A

METHODES EMPLOYEES DANS LA REPRISE DE L'ENQUETE SANTE CANADA PAR LE DEPARTEMENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE L'HOPITAL GENERAL DE MONTREAL

(L'Enquête santé communautaire du DSC-HGM)

Cette annexe décrit les questionnaires et les techniques d'échantillonnage et de collecte de données employés dans la reprise de l'Enquête Santé Canada effectuée par le DSC-HGM en 1979-81. De plus, les variables étudiées dans le présent document sont décrites et les taux de réponses sont présentés pour chaque CLSC.

LES QUESTIONNAIRES

L'Enquête santé communautaire du DSC-HGM a utilisé deux des trois questionnaires de l'Enquête Santé Canada (1981). Ces questionnaires étaient disponibles en français et en anglais. Le questionnaire rempli par entrevue (QRE) fournissait les données concernant les problèmes de santé aigus ou chroniques des personnes interrogées, ainsi que leurs conséquences: journées d'alitement, limitation dans les activités, consultations de professionnels de la santé, consommation de produits pharmaceutiques et hospitalisation. Le questionnaire intitulé "Les habitudes de vie et votre santé" (QHS), à remplir par les participants de 15 ans et plus, fournissait des données concernant les facteurs de risque liés à certaines habitudes de vie: l'usage du tabac et des boissons alcooliques, l'activité physique, le port de la ceinture de sécurité et la participation à la vie sociale. Le questionnaire sur les mesures physiques de l'enquête nationale ne fut pas

repris par l'Enquête santé communautaire du DSC-HGM à cause de son coût trop élevé.

Suite à une étude pilote, certaines questions ont été ajoutées aux questionnaires de l'Enquête Santé Canada, concernant la limitation dans les activités quotidiennes dans le QRE, et le comportement reproductif dans le QHS. Ces questions supplémentaires furent préalablement testées dans Westmount et St-Henri pour vérifier si elles étaient acceptables et appropriées. Le QHS fut traduit en portugais et en grec pour les membres de ces groupes ethniques habitant St-Louis du Parc.

SELECTION DES ECHANTILLONS

Les QRE et les QHS furent administrés en deux temps à un échantillon de ménages choisi au hasard. La cueillette des données débuta entre octobre 1979 et janvier 1980 avec 119 ménages à St-Henri/Petite Bourgogne et 137 ménages à Métro. Par après, entre septembre 1980 et mai 1981, la cueillette des données fut étendue à 133 ménages à St-Louis du Parc, 153 à NDG et 38 à Westmount.

Les échantillons pour St-Henri/Petite Bourgogne, NDG et Westmount furent choisis à partir des listes de scrutin établies pour l'élection fédérale du printemps 1979; ces listes étaient les plus récentes et les plus complètes à la disposition du DSC-HGM. Ces listes comprenaient 97% de l'électorat; cependant, les immigrants récents et les personnes de moins de 18 ans n'y figuraient pas. Certains ménages sur la liste de scrutin, qui adoptait une numérotation consécutive, furent alors choisis au hasard. Les immigrants

récents -- 1,7%, 3,4% et 4,7% des populations respectives de St-Henri/Petite Bourgogne, NDG et Westmount (Gagnon et al., 1986, Gagnon et Comeau, 1986a, 1986b) -- furent exclus des échantillons, leur petit nombre ne pouvant justifier le coût et l'effort d'identification nécessaires à leur échantillonnage.

Pour Métro et St-Louis du Parc, une technique d'échantillonnage fut conçue à partir des listes de scrutin de l'élection de 1979 pour inclure les immigrants récents -- 8,8% de la population de Métro et 7,9% de celle de St-Louis du Parc (Gagnon et al., 1987a, 1987b). Certains ménages sur la liste de scrutin, dont la numérotation était consécutive, furent choisis au hasard. Cependant, le ménage choisi aux fins de l'enquête était le ménage voisin du ménage identifié. Lorsque l'édifice voisin était un immeuble à appartements, un appartement fut sélectionné au hasard. Dans les cas où la liste de scrutin n'identifiait pas l'adresse du ménage voisin, nous avons procédé à une visite du quartier pour identifier les ménages éligibles.

CUEILLETTE DES DONNEES

Les QRE furent administrés en français, en anglais, en portugais et en grec par un personnel d'enquête bien formé. Avant l'enquête, les enquêteurs avaient suivi un programme intensif d'entraînement qui combinait des cours, des exercices de mise en situation, des entrevues en groupe et des entrevues factices à domicile. Le programme d'entraînement avait pour but de familiariser les enquêteurs avec le matériel d'enquête, les procédés et les techniques d'entrevue. Enfin chaque enquêteur reçut un manuel exhaustif d'instructions.

Les entrevues se déroulaient au domicile des répondants. L'enquêteur interrogeait d'abord un membre adulte concernant l'état de santé de chacun des membres du ménage. Chaque répondant âgé de 15 ans ou plus devait ensuite remplir le QHS et le retourner à l'enquêteur. L'enquêteur était alors chargé de vérifier les questionnaires pour s'assurer qu'ils étaient complets, lisibles et sans contradictions, et le superviseur du projet procédait ensuite à une seconde vérification. Une fois ce processus de contrôle terminé, les noms et les adresses étaient retirés des questionnaires afin de garantir l'anonymat des répondants et la confidentialité.

LES VARIABLES

Les questions tirées du QRE et du QHS à partir desquelles les variables étudiées dans le présent rapport ont été formulées sont présentées au tableau A1, qui fournit aussi l'étendue des valeurs et/ou les catégories pour chaque variable. La catégorisation des variables continues et, dans le cas des variables catégoriques, la combinaison de certaines catégories, reflètent le besoin de créer des groupes comprenant des effectifs suffisants. Une description plus précise des variables suit.

Le statut socio-économique fut déterminé à partir de l'index socio-économique révisé des occupations au Canada (Blishen et McRoberts, 1976). Blishen et McRoberts ont bâti leur index à partir de données sur le revenu, l'éducation et le prestige, et ont assigné sur cette base une cote à chacune des 343 occupations identifiées au Canada. Ces cotes varient entre 18,0 et 75,3 et s'accroissent avec le statut socio-économique. Aux fins de notre enquête, la cote attribuée se référait à l'occupation courante. Si le

répondant ne travaillait pas au moment de l'entrevue, la cote attribuée correspondait alors à l'occupation antérieure à laquelle le répondant avait travaillé pendant le plus longtemps. Dans les ménages où plus d'un membre avait reçu une cote, la cote la plus élevée fut assignée à chaque personne du ménage. Par exemple, dans un ménage où le mari et la femme travaillaient tous les deux, ils recevaient chacun une cote et la plus élevée des deux était attribuée à tous les membres du ménage. Les réponses furent ensuite classées en trois catégories, statut supérieur (60,0 - 75,3), moyen (40,0-59,9) et défavorisé (18,0 - 39,9).

Le nombre de problèmes de santé chroniques fut calculé à partir d'une liste d'affections considérées chroniques, nonobstant leur début ou leur durée. Cette liste apparaît au tableau A1. Les catégories de réponses étaient: aucune, une et deux ou plus.

Santé affective. L'état psychique négatif fut mesuré à partir de l'échelle d'équilibre affectif de Bradburn (Enquête Santé Canada, 1981) qui consiste en dix énoncés, cinq décrivant des sentiments positifs et cinq des sentiments négatifs. Les personnes interrogées devaient indiquer avec quelle fréquence elles avaient ressenti ces états d'esprit au cours des semaines précédant l'interview. Pour chaque énoncé trois réponses sont possibles (souvent, quelquefois, jamais), auxquelles sont assignées les valeurs 1, 2 ou 3 respectivement. Le présent rapport ne tient pas compte des scores d'état psychique positif, parce que des analyses antérieures ont déjà démontré que ceux-ci ne varient pas en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des caractéristiques liées au mode de vie ou à la santé, et qu'elles sont donc d'un intérêt limité (O'Loughlin, 1982). Les scores

d'état psychique négatif furent calculés en additionnant les valeurs obtenues pour les cinq énoncés négatifs. Pour recevoir un score, la personne interrogée devait répondre à un minimum de quatre énoncés négatifs, et la gamme des scores possibles s'étendait donc de 4 à 15. Lorsqu'un répondant fournissait une réponse à moins de quatre énoncés, il était classé comme n'ayant pas répondu. Un score situé entre 4 et 8 indique la présence de sentiments négatifs forts, entre 9 et 12 de sentiments négatifs modérés et entre 13 et 15 de sentiments négatifs faibles. Dans les tableaux croisés, les sentiments négatifs modérés et faibles furent combinés en une seule catégorie (modéré-faible) pour simplifier les analyses (O'Loughlin, 1982).

Restriction sur le plan des activités se réfère à l'activité principale et aux loisirs de la personne interrogée, au cours des douze derniers mois, et détermine si celle-ci est limitée par rapport au type et au nombre d'activités dont elle est capable.

Les consultations de professionnels de la santé au cours des douze derniers mois indiquent combien de fois le répondant a vu ou a parlé à un médecin ou à un dentiste au cours des 12 mois précédant l'entrevue.

Les raisons motivant **les consultations de médecins au cours des deux semaines qui précèdent l'entrevue** permettent d'établir si la consultation était motivée par un problème de santé où s'il s'agissait d'un examen médical périodique.

La consommation de produits pharmaceutiques se réfère à l'usage de médicaments, de pilules et d'onguents fait par le répondant au cours des deux jours précédant l'entrevue. Les questions posées s'adressaient spécifiquement à l'emploi d'analgésiques comme l'aspirine, de tranquillisants, de sédatifs ou de somnifères, de médicaments pour le coeur ou la tension artérielle, d'antibiotiques, de remèdes ou de médicaments pour l'estomac, de laxatifs, de médicaments contre la toux ou le rhume et d'onguents ou pommades pour la peau. Le nombre total de médicaments, pilules ou onguents utilisés par chaque répondant fut calculé et classé dans une des trois catégories: aucun, un et plus d'un. Des données sur la consommation de vitamines et de minéraux furent aussi recueillies mais ne furent pas incluses dans le calcul de la consommation de produits pharmaceutiques.

La consommation d'alcool désigne le nombre total de boissons alcooliques consommées au cours des sept jours qui précédaient l'entrevue. On demandait aux répondants d'indiquer le nombre de boissons alcooliques qu'ils avaient consommées durant chacun des sept jours précédant cette entrevue. Les réponses obtenues pour chaque journée furent additionnées et le nombre total de consommation fut classé dans l'une des trois catégories: aucune, 1-13 et 14 consommations ou plus.

La participation sociale se réfère à la proportion des périodes de loisir passée en la compagnie d'autres personnes au cours des deux semaines qui précédaient l'entrevue. Trois réponses étaient possibles: souvent seul(e), quelquefois avec d'autres, souvent avec d'autres.

L'activité physique pendant les loisirs fut mesurée à l'aide d'un "indice d'activité physique" dont les valeurs s'étendaient de 0 à 70 000. L'indice résume l'information concernant l'activité physique pratiquée pendant les loisirs, qu'il s'agisse d'exercices, de sports, d'activité physique ou de travaux domestiques. Il représente une sommation de la fréquence de chaque activité au cours des deux semaines précédant l'entrevue, multipliée par le nombre moyen de minutes consacrées à chaque activité et par la dépense énergétique moyenne liée à cette activité. On mesure la dépense énergétique en termes de multiples du taux métabolique au repos - METS (Enquête Santé Canada, 1981). Une activité qui a une valeur de 6 METS entraîne une dépense énergétique six fois supérieure à celle qu'on observe chez une personne couchée.

L'activité physique pendant l'activité principale. Les répondants devaient choisir parmi les phrases qui suivent celle qui décrivait le mieux le travail ou l'activité qu'ils exerçaient habituellement: "Je suis habituellement assis(e) durant la journée et je n'ai pas à me déplacer souvent"; "Je suis souvent debout ou j'ai souvent à me déplacer durant la journée, mais je n'ai pas à transporter ou à soulever des charges trop souvent"; "Je soulève ou je transporte habituellement des charges légères ou je dois souvent monter des escaliers ou des pentes"; "Je travaille dur ou je transporte des charges très lourdes".

Taux de réponses à l'enquête

On retrouve à la figure A1 les taux de réponses au QRE et au QHS. Au total, les enquêteurs ont visité 729 ménages dont 580 ont complété le QRE, soit 80%. Cent vingt-deux ménages n'ont pas accepté de répondre (17%) et les entrevues n'ont pas pu être conduites dans 27 ménages (4%) à cause d'une barrière linguistique ou parce que personne ne semblait être à la maison après plusieurs visites. Des données ont été rassemblées concernant un total de 1 350 personnes. La figure A1 décrit en détail les taux de réponses au QRE et au QHS.

TABLEAU A1

QUESTIONS POSEES LORS DE L'ENQUETE ET VARIABLES CORRESPONDANTES, ET ETENDUE THEORIQUE DES VALEURS ET/OU CATEGORIES POUR CHAQUE VARIABLE

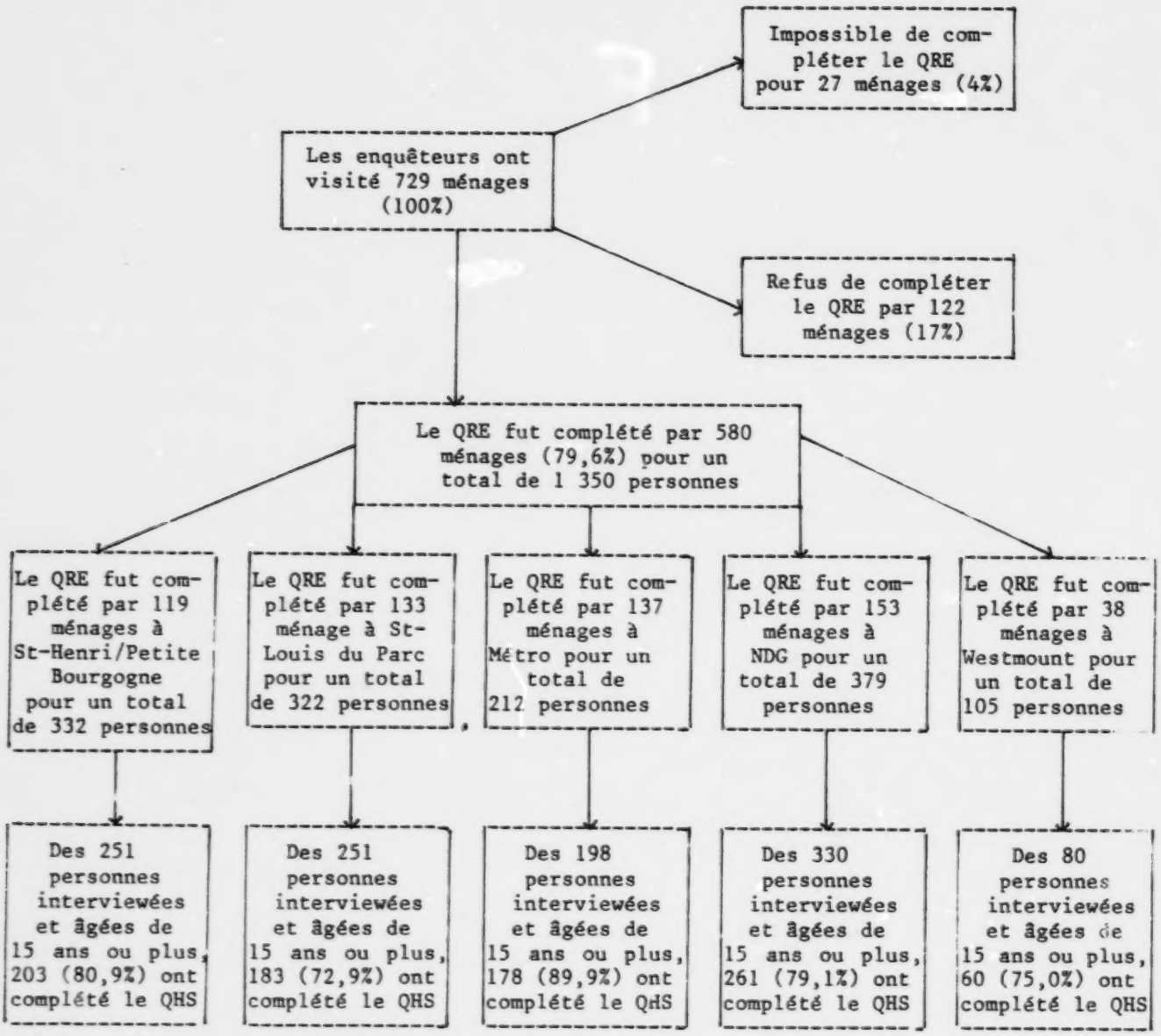
Variables	Questionnaire et question	Etendue théorique des valeurs	Catégories codées
Age	QRE-02		
Sexe	QRE-03		Masculin Féminin
Statut socio-économique	QRE-71,72	18.0-75.3	Défavorisé (18,0-39,9) Moyen (40,0-59,9) Supérieur (60,0-75,3)
CLSC			St-Henri/Petite Bourgogne St-Louis du Parc Métro NDG Westmount
Nombre de problèmes de santé chroniques	QRE-41-66	0-21	Anémie Asthme Arthrite/rhumatisme Cancer Paralysie cérébrale Diabète Emphysème/bronchite chronique Déficience mentale Epilepsie Hypertension Maladie cardiaque Maladie rénale Ulcère d'estomac Problème thyroïdien/goitre Absence de bras ou de jambes Absence de doigts ou d'orteils Paralysie Problème de dos ou de colonne vertébrale Problème de jambe ou de hanche Problème de bras ou d'épaule Problème avec d'autres os ou articulations

Variables	Questionnaire et question	Etendue théorique des valeurs	Catégories codées
Etat psychique négatif dans les dernières quelques semaines	QHS-Vos sentiments A,D,F,H,J	4-15	Affect négatif prononcé (4-8) Affect négatif de modéré à faible (9-15)
Restriction sur le plan des activités au cours des 12 derniers mois	QRE-26-33		Aucune restriction Présence de restriction
Consultations de professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois	QRE-15,16,17c		
Raisons motivant les consultations de médecins au cours des 2 dernières semaines	QRE-13,14		Consultation pour un problème de santé Consultation pour un examen médical périodique
Consommation de produits pharmaceutiques au cours des 2 derniers jours Analgésiques Sédatifs Hypotenseurs Antibiotiques Médicaments contre le rhume Vitamines ou minéraux	QRE-22AA-JJ		Oui Non
Usage de tabac	QHS-Tabac-2		Fume des cigarettes tous les jours Ne fume pas des cigarettes tous les jours
Consommation d'alcool au cours des 7 derniers jours	QHS-Alcool Partie A-3		Aucune 1-13 consommations 14 consommations ou plus
Utilisation de la ceinture de sécurité comme conducteur ou passager au cours des 2 dernières semaines	QHS-Vos déplacements 1,2		Toujours La plupart du temps Rarement Jamais ou absence de ceinture

Variables	Questionnaire et question	Etendue théorique des valeurs	Catégories codées
Participation sociale au cours des 2 dernières semaines	QHS-Vos activités-1		Souvent seul(e) Quelquefois avec d'autres Souvent avec d'autres
Activité physique pendant les loisirs au cours des 2 dernières semaines	QHS-Vos activités-2,3	0-70 000	Inactif (0-749) Modérément actif (750-2 999) Actif (3 000+)
Activité physique pendant l'activité principale	QHS-Vos activités-4		Habituellement assis(e) Souvent debout ou à se déplacer Soulève/transporte charges; travaille dur
Date du dernier frottis vaginal	QHS-Femmes seulement - 1		Il y a moins de 12 mois Il y a entre 12 et 24 mois Plus de 24 mois Jamais
Date du dernier examen des seins par un médecin	QHS-Femmes seulement - 2		Il y a moins de 12 mois Il y a entre 12 et 24 mois Plus de 24 mois Jamais
Fréquence de l'auto-examen des seins	QHS-Femmes seulement - 3		Au moins une fois par mois Une fois tous les 2 ou 3 mois Moins fréquemment Jamais

FIGURE A1

TAUX DE REPONSE AU QRE ET AU QHS



REFERENCES

1. Blishen, B. et H. McRoberts. A revised socioeconomic index for occupations in Canada. Canadian Review of Sociology and Anthropology, 1976; 13:71-79.

2. Enquête Santé Canada. La santé des Canadiens. Rapport de l'Enquête Santé Canada. Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, catalogue 82-538F. Ottawa: Approvisionnements et services Canada, 1981.

3. Gagnon, G. et M. Comeau. Dossier socio-démographique et sanitaire-CLSC St-Henri/Petite Bourgogne. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1986a.

4. Gagnon, G., Wilkins, R., Ioannou, S. et J. O'Loughlin. Dossier socio-démographique et sanitaire - CLSC NDG. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1986.

5. Gagnon, G. et M. Comeau. Dossier socio-démographique et sanitaire-CLSC Métro - Secteur Westmount. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1986b.

6. Gagnon, G., Comeau, M. et B. Shatenstein. Dossier socio-démographique et sanitaire - CLSC Métro. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1987a (à paraître).

7. Gagnon, G., Comeau, M. et B. Shatenstein. Dossier socio-démographique et sanitaire - CLSC St-Louis du Parc. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1987b (à paraître).

8. O'Loughlin, J. Emotional health in the territory of the Montreal General Department of Community Health. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1982.

ANNEXE B

TABLEAU B.1

REPARTITION DE LA POPULATION TOTALE PAR GROUPE D'AGE,
PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Population totale par groupe d'âge				
	0-14 %	15-64 %	≥65 %	Total(a) N	%
St-Henri	17,8	70,1	12,5	22255	100,0
St-Louis du Parc	19,4	71,6	9,0	45455	100,0
Métro	4,1	79,4	16,5	34960	100,0
NDG	15,0	68,8	16,2	69715	100,0
Westmount	14,8	66,6	18,2	22145	100,0
Région 6A	17,6	71,7	10,8	2028457	100,0

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

Note: (a) La somme des trois catégories peut différer quelque peu de 100,0 % à cause des arrondissements aléatoires.

TABLEAU B.2

REPARTITION DE LA POPULATION TOTALE PAR SEXE,
PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Population totale			
	Hommes %	Femmes %	Total(a) N	%
St-Henri	49,4	50,6	22255	100,0
St-Louis du Parc	50,4	49,5	45455	100,0
Métro	49,2	50,8	34960	100,0
NDG	45,7	54,3	69715	100,0
Westmount	44,4	55,5	22145	100,0
Région 6A	48,0	52,0	2028457	100,0

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

Note: (a) La somme des deux catégories peut différer quelque peu de 100,0 % à cause des arrondissements aléatoires.

TABLEAU B.3

REPARTITION DE LA POPULATION TOTALE SELON LA LANGUE MATERNELLE, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Langue maternelle				
	Français %	Anglais %	Autre %	Total(a) N	%
St-Henri	81,1	15,7	3,1	21883	100,0
St-Louis du Parc	41,7	13,9	44,4	45419	100,0
Métro	34,8	45,7	19,4	36700	100,0
NDG	22,5	57,0	20,5	70791	100,0
Westmount	17,6	70,7	11,7	20480	100,0
Région 6A	62,5	20,7	16,8	2028457	100,0

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

Note: (a) La somme des trois catégories peut différer quelque peu de 100,0 % à cause des arrondissements aléatoires.

TABLEAU B.4

CONNAISSANCE DE L'ANGLAIS ET DU FRANÇAIS DES PERSONNES VIVANT EN MENAGE PRIVE, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Connaissance des langues					
	Anglais seulement %	Français seulement %	Anglais et français %	Ni anglais ni français %	Total N	Total %
St-Henri	9,4	54,1	36,2	0,4	21150	100,0
St-Louis du Parc	19,8	28,6	41,3	10,3	43465	100,0
Métro	26,7	7,3	65,1	1,0	31845	100,0
NDG	38,9	5,9	53,5	1,7	69660	100,0
Westmount	30,1	2,5	67,0	0,1	20060	100,0
Région 6A	14,1	36,7	47,3	1,9	1982680	100,0

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1987b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

TABLEAU B.5

REPARTITION DE L'ETAT MATRIMONIAL POUR LA POPULATION AGEE DE 15 ANS ET PLUS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Etat matrimonial					
	Jamais marié(e) %	Marié(e) ou en union de fait %	Veuf(ve) %	Séparé(e) ou divorcé(e) %	Total(a) N	Total(a) %
St-Henri	39,4	41,4	9,7	10,0	17990	100,0
St-Louis du Parc	39,8	46,4	6,2	7,4	36815	100,0
Métro	51,0	30,3	7,3	11,1	35205	100,0
NDG	33,2	51,1	8,8	7,0	60150	100,0
Westmount	33,4	51,8	8,5	6,9	17260	100,0
Région 6A	31,7	54,8	7,0	6,5	1671785	100,0

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

Note: (a) La somme des quatre catégories peut différer quelque peu de 100,0 % à cause des arrondissements aléatoires.

TABLEAU B.6

PROPORTION DES PERSONNES VIVANT SEULES PARMI CELLES QUI VIVENT EN MENAGE PRIVE, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Personnes vivant seules	
	N	%
St-Henri	2505	11,9
St-Louis du Parc	6101	13,9
Métro	15221	44,9
NDG	10415	15,0
Westmount	2685	13,4
Région 6A	210485	10,6

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

TABLEAU B.7

REPARTITION DES FAMILLES DANS LES MENAGES PRIVES SELON LE NOMBRE D'ENFANTS A LA MAISON, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Familles sans enfant	Familles avec enfants			Total(a)	
		1	2	≥3		
	%	%	%	%	N	%
St-Henri	26,9	31,0	21,8	20,3	5060	100,0
St-Louis du Parc	29,1	28,5	24,5	17,9	9875	100,0
Métro	62,5	24,4	9,3	3,8	5726	100,0
NDG	39,9	28,4	20,4	11,3	17905	100,0
Westmount	37,6	24,1	22,9	15,3	5060	100,0
Région 6A	33,8	28,4	24,3	13,4	526235	100,0

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

Note: (a) La somme des quatre catégories peut différer quelque peu de 100,0 % à cause des arrondissements aléatoires.

TABLEAU B.8

PROPORTION DE FAMILLES MONOPARENTALES PARMI LES FAMILLES VIVANT EN MENAGE PRIVE ET AYANT DES ENFANTS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Familles monoparentales	
	N	%
St-Henri	1495	40,4
St-Louis du Parc	1825	26,1
Métro	785	13,8
NDG	2940	27,3
Westmount	695	22,0
Région 6A	79430	22,8

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

TABLEAU B.9

DISTRIBUTION DES TYPES DE LOGEMENTS PRIVES OCCUPES, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Types de logement				
	Individuel non attenant %	Situé dans un édifice de 5 étages et plus %	Autres %	Total(a) N	%
St-Henri	1,9	9,0	89,1	8190	100,0
St-Louis du Parc	0,8	9,4	89,8	17559	100,0
Métro	1,0	67,3	31,8	22883	100,0
NDG	6,9	17,9	75,3	30480	100,0
Westmount	12,4	33,8	53,8	8265	100,0
Région 6A	16,1	11,1	72,7	773030	100,0

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

Note: (a) La somme des trois catégories peut différer quelque peu de 100,0 % à cause des arrondissements aléatoires.

TABLEAU B.10

TAUX DE PAUVRETE CHEZ LES PERSONNES VIVANT EN MENAGE PRIVE, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Taux de pauvreté(a)	
	N	%
St-Henri	9355	44,2
St-Louis du Parc	17395	40,0
Métro	8415	26,4
NDG	13935	20,0
Westmount	1745	8,7
Région 6A	422435	21,3

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

Note: (a) $\frac{\text{Personnes dont le revenu familial n'atteint pas le seuil de faible revenu}}{\text{Population vivant en ménage privé.}} \times 100$

TABLEAU B.11

PROPORTION DE LA POPULATION TOTALE SELON LE NIVEAU DE SCOLARITE CHEZ LES PERSONNES AGEES DE 15 ANS OU PLUS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Niveau de scolarité				
	Moins que 9e année %	9e année ou plus ou moins qu'un diplôme universitaire %	Diplôme universitaire %	Total(a) N	Total(a) %
St-Henri	45,8	51,3	2,9	17815	100,0
St-Louis du Parc	37,8	51,8	10,4	36157	100,0
Métro	10,6	41,0	48,3	34126	100,0
NDG	15,7	63,6	20,7	59805	100,0
Westmount	5,8	56,0	38,1	17130	100,0
Région 6A	25,0	65,3	9,7	1646975	100,0

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

Note: (a) La somme des trois catégories peut différer quelque peu de 100,0 % à cause des arrondissements aléatoires.

TABLEAU B.12

REVENU MOYEN ANNUEL DES MENAGES PRIVES,
PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Revenu moyen $
St-Henri	14 350
St-Louis du Parc	15 216
Métro	21 747
NDG	25 443
Westmount	53 348
Région 6A	23 300

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

TABLEAU B.13

TAUX DE CHOMAGE CHEZ LES PERSONNES AGEES
DE 15 ANS OU PLUS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Taux de chômage	
	N	%(a)
St-Henri	1375	15,5
St-Louis du Parc	2905	12,6
Métro	1918	7,8
NDG	3050	7,9
Westmount	630	5,8
Région 6A	92355	8,9

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

Note: (a) $\frac{\text{Population en chômage (15 ans et plus)}}{\text{Population active (15 ans et plus)}} \times 100$

TABLEAU B.14

MAIN D'OEUVRE ACTIVE EXPERIMENTEE POUR LA POPULATION AGEE DE 15 ANS ET PLUS VIVANT EN MENAGE PRIVE, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1981

Secteur	Professionnels(les) et cadres	Service/vente/ employés(es) de bureau	Industriel/ bâtiment/ primaire	Total	
	%	%	%	N	%
St-Henri	14,5	40,8	44,6	8210	100,0
St-Louis du Parc	22,6	41,2	36,3	21715	100,0
Métro	48,0	42,6	9,5	21790	100,0
NDG	40,4	43,8	15,7	37385	100,0
Westmount	60,5	33,7	5,8	10490	100,0
Région 6A	27,2	42,8	29,9	1384620	100,0

Source: Wilkins (1985).

TABLEAU B.15

TAUX DE MORTALITE INFANTILE (POUR 1000),
PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-83

Secteur	Naissances	Décès	Taux de mortalité infantile
	N	N	(pour 1000)
St-Henri	1303	12	9,2
St-Louis du Parc	3332	39	11,7
Métro	1579	19	12,0
NDG	3924	28	7,1
Westmount	877	9	10,3
Région 6A	124514	1074	8,6

Source: Pelchat et Wilkins, 1987.

TABLEAU B.16

ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE PAR
SEXE ET SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-83

Secteur	Espérance de vie (ans)		
	Hommes	Femmes	Total
St-Henri	64,8	74,8	69,4
St-Louis du Parc	68,8	75,2	71,9
Métro	67,0	77,5	72,1
NDG	72,7	80,2	76,7
Westmount	74,5	80,5	78,0
Région 6A	71,2	79,0	75,2

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

TABLEAU B.17

NAISSANCES VIVANTES ANNUELLES DE POIDS INFERIEUR
A 2500 GRAMMES, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-83

Secteur	Poids (grammes) < 2500	
	N	% (a)
St-Henri	24	9,5
St-Louis du Parc	42	6,4
Métro	19	6,1
NDG	47	6,1
Westmount	10	5,9
Région 6A	1687	6,8

Source: Pelchat et Wilkins, 1987.

Note: (a) Pourcentage de naissances avec un poids inférieur à 2500 grammes sur l'ensemble des naissances vivantes, à l'intérieur de chaque secteur.

TABLEAU B.18

TAUX DE RESTRICTION DES ACTIVITES, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Restriction des activités	
	n	%(a)
St-Henri	72	21,7
St-Louis du Parc	37	11,5
Métro	32	15,1
NDG	43	11,3
Westmount	11	10,5

p= 0.000

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.19

TAUX DE RESTRICTION DES ACTIVITES, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Restriction des activités	
	n	%(b)
Faible	81	16,6
Moyen	66	16,0
Elevé	34	9,4
Total	181	14,3

p= 0.006

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.20

REPARTITION DU NOMBRE DE PROBLEMES DE SANTE CHRONIQUES, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Nombre de problèmes de santé chroniques							
	Aucun		1		≥2		Total	
	n	%(a)	n	%	n	%	n	%
St-Henri	198	59,6	72	21,7	62	18,7	332	100,0
St-Louis du Parc	229	70,9	60	18,6	34	10,5	323	100,0
Métro	144	67,9	45	21,2	23	10,9	212	100,0
NDG	253	66,6	68	17,9	59	15,5	380	100,0
Westmount	72	68,6	22	21,0	11	10,5	105	100,0

p= 0.038

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.21

REPARTITION DU NOMBRE DE PROBLEMES DE SANTE CHRONIQUES, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Nombre de problèmes de santé chroniques							
	Aucun		1		≥2		Total	
	n	%(b)	n	%	n	%	n	%
Faible	314	64,1	99	20,2	77	15,7	490	100,0
Moyen	266	64,4	82	19,9	65	15,7	413	100,0
Elevé	259	71,8	72	19,9	30	8,3	361	100,0
Total	839	66,4	253	20,0	172	13,6	1264	100,0

$p = 0.013$

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.22

TAUX DE SANTE EMOTIONELLE NEGATIVE PARMI LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Santé émotionelle négative	
	n	%(a)
St-Henri	28	14,1
St-Louis du Parc	18	10,8
Métro	9	5,1
NDG	16	6,7
Westmount	1	1,9

p= 0.004

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.23

TAUX DE SANTE EMOTIONELLE NEGATIVE PARMI LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Santé émotionelle négative	
	n	%(b)
Faible	40	14,1
Moyen	18	7,0
Elevé	9	3,8
Total	67	8,6

$p = 0.000$

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.24

TAUX DE FUMEURS HABITUELS, POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Fumeurs habituels	
	n	%(a)
St-Henri	114	57,0
St-Louis du Parc	72	45,9
Métro	68	38,9
NDG	77	34,1
Westmount	9	17,0

p= 0.000

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.25

TAUX DE FUMEURS HABITUELS, POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Fumeurs habituels	
	n	%(b)
Faible	141	52,6
Moyen	108	42,7
Elevé	71	30,1
Total	320	42,3

$p = 0.000$

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.26

TAUX DE NON-UTILISATION DE LA CEINTURE DE SECURITE, POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Ceinture de sécurité rarement ou jamais bouclée	
	n	%(a)
St-Henri	57	52,3
St-Louis du Parc	35	32,7
Métro	48	38,7
NDG	58	28,3
Westmount	11	21,6

p= 0.000

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.27

TAUX DE NON-UTILISATION DE LA CEINTURE DE SECURITE, POUR LES PERSONNES DE 15 [illegible] PLUS, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Ceinture de sécurité rarement ou jamais bouclée	
	n	%(b)
Faible	60	38,5
Moyen	70	37,8
Elevé	63	28,3
Total	193	34,2

p= 0.054

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blichen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.28

REPARTITION DU NIVEAU D'ACTIVITE PHYSIQUE PENDANT L'ACTIVITE MAJEURE, POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Niveau d'activité physique pendant l'activité majeure							
	Habituellement assis(e)		Souvent debout		Transporte des charges, travaille fort		Total	
	n	%(a)	n	%	n	%	n	%
St-Henri	62	30,5	106	52,2	35	17,2	203	100,0
St-Louis du Parc	65	38,2	78	45,9	27	15,9	170	100,0
Métro	64	36,4	82	46,6	30	17,0	176	100,0
NDG	74	29,0	137	53,7	44	17,3	255	100,0
Westmount	18	32,7	21	38,2	16	29,1	55	100,0

p= 0.177

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.29

REPARTITION DU NIVEAU D'ACTIVITE PHYSIQUE PENDANT L'ACTIVITE MAJEURE, POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Niveau d'activité physique pendant l'activité majeure							
	Habituellement assis(e)		Souvent debout		Transporte des charges, travaille fort		Total	
	n	%(b)	n	%	n	%	n	%
Faible	76	26,1	154	52,9	61	21,0	291	100,0
Moyen	105	39,5	122	45,9	39	14,7	266	100,0
Elevé	77	31,2	125	50,6	45	18,2	247	100,0
Total	258	32,1	401	49,9	145	18,0	804	100,0

p= 0.015

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.30

REPARTITION DU NIVEAU D'ACTIVITE PHYSIQUE PENDANT LES LOISIRS, POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Niveau d'activité physique pendant les loisirs							
	Inactif		Modérément actif		Actif		Total	
	n	%(a)	n	%	n	%	n	%
St-Henri	69	34,9	80	40,4	49	24,8	198	100,0
St-Louis du Parc	49	31,2	60	38,2	48	30,6	157	100,0
Métro	41	23,2	80	45,2	56	31,6	177	100,0
NDG	48	20,6	99	42,5	86	36,9	233	100,0
Westmount	12	23,5	26	51,0	13	25,5	51	100,0

p= 0.021

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.31

REPARTITION DU NIVEAU D'ACTIVITE PHYSIQUE PENDANT LES LOISIRS, POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Niveau d'activité physique pendant les loisirs							
	Inactif		Modérément actif		Actif		Total	
	n	%(b)	n	%	n	%	n	%
Faible	87	31,9	108	39,6	78	28,6	273	100,0
Moyen	68	27,5	101	40,9	78	31,6	247	100,0
Elevé	47	19,6	112	46,7	81	33,8	240	100,0
Total	202	26,6	321	42,2	237	31,2	760	100,0

p= 0.038

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.32

TAUX DE SURCONSOMMATION D'ALCOOL(a), POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	≥14 consommations par semaine	
	n	%(b)
St-Henri	29	14,7
St-Louis du Parc	15	10,0
Métro	27	15,3
NDG	29	11,7
Westmount	6	10,9

p= 0.543

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) 14 consommations ou plus par semaine.
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.33

TAUX DE SURCONSOMMATION D'ALCOOL(a), POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(b), 1979-81

Niveau socio-économique	≥14 consommations par semaine	
	n	%(c)
Faible	32	11,7
Moyen	31	12,0
Elevé	31	12,7
Total	94	12,1

p= 0.946

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) 14 consommations ou plus par semaine.
(b) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(c) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.34

REPARTITION DE LA PARTICIPATION SOCIALE PENDANT LES LOISIRS, POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Participation sociale pendant les loisirs							
	Souvent seul(e)		La moitié du temps seul(e)		Souvent avec d'autres		Total	
	n	%(a)	n	%	n	%	n	%
St-Henri	41	20,5	57	28,5	102	51,0	200	100,0
St-Louis du Parc	29	16,9	68	39,5	75	43,6	172	100,0
Métro	38	21,4	69	38,8	71	39,9	178	100,0
NDG	50	19,7	99	39,0	105	41,3	254	100,0
Westmount	9	15,3	14	23,7	36	61,0	59	100,0

p= 0.048

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.35

REPARTITION DE LA PARTICIPATION SOCIALE PENDANT LES LOISIRS, POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Participation sociale pendant les loisirs							
	Souvent seul(e)		La moitié du temps seul(e)		Souvent avec d'autres		Total	
	n	%(b)	n	%	n	%	n	%
Faible	64	22,0	111	38,1	116	39,9	291	100,0
Moyen	52	19,6	94	35,5	119	44,9	265	100,0
Elevé	37	14,7	84	33,5	130	51,8	251	100,0
Total	153	19,0	289	35,8	365	45,2	807	100,0

p= 0.063

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.36

FREQUENCE DE L'AUTO-EXAMEN DES SEINS POUR LES FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Fréquence de l'auto-examen des seins									
	1 fois/ mois		1 fois/ 2 à 3 mois		< 1 fois/ 2 à 3 mois		Jamais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
St-Henri	12	12,5	9	9,4	13	13,5	62	64,6	96	100,0
St-Louis du Parc	12	18,5	9	13,9	16	24,6	28	43,1	65	100,0
Métro	31	39,2	10	12,7	15	19,0	23	29,1	79	100,0
NDG	46	33,6	20	14,6	24	17,5	47	34,3	137	100,0
Westmount	2	6,5	6	19,4	17	54,8	6	19,4	31	100,0

p= 0.000

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge.

TABLEAU B.37

FREQUENCE DE L'AUTO-EXAMEN DES SEINS POUR LES FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Fréquence de l'auto-examen des seins									
	1 fois/ mois		1 fois/ 2 à 3 mois		< 1 fois/ 2 à 3 mois		Jamais		Total	
	n	%(b)	n	%	n	%	n	%	n	%
Faible	29	25,0	12	10,3	15	12,9	60	51,7	116	100,0
Moyen	36	24,8	21	14,5	31	21,4	57	39,3	145	100,0
Elevé	35	30,2	15	12,9	36	31,0	30	25,9	116	100,0
Total	100	26,5	48	12,7	82	21,8	147	39,0	377	100,0

p= 0.002

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge.

TABLEAU B.38

DISTRIBUTION DES NAISSANCES VIVANTES ANNUELLES SELON L'AGE DE LA MERE ET SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Age de la mère (ans)						
	≤19 %	20-24 %	25-29 %	30-34 %	≥ 35 %	Total(a) N	%
St-Henri	17,1	38,5	27,6	12,4	4,2	252	100,0
St-Louis du Parc	8,1	30,7	33,9	19,4	7,9	725	100,0
Métro	4,2	22,9	39,1	23,9	9,9	287	100,0
NDG	4,4	20,8	36,4	28,2	10,2	827	100,0
Westmount	0,8	6,8	30,2	47,0	15,2	127	100,0
Région 6A	5,3	9,5	38,5	20,4	6,3	25090	100,0

Sources: Gagnon et al. (1986); Gagnon et Comeau (1986a) (1986b); Gagnon et al. (1987a) (1987b).

Note: (a) Le total peut être différent de la somme des effectifs dans chaque catégorie à cause des arrondissements.

TABLEAU 8.39

NOMBRE DE CONSULTATIONS AVEC UN MEDECIN AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Nombre de consultations avec un médecin									
	Aucune		1-2		3-4		≥ 5		Total	
	n	%(a)	n	%	n	%	n	%	n	%
St-Henri	74	22,4	118	35,8	53	16,1	85	25,8	330	100,0
St-Louis du Parc	92	28,6	134	41,6	47	14,6	49	15,2	322	100,0
Métro	49	23,2	78	37,0	46	21,8	38	18,0	211	100,0
NDG	77	20,3	184	48,4	56	15,0	62	16,3	380	100,0
Westmount	16	15,4	45	43,3	18	17,3	25	24,0	104	100,0

p= 0.001

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.40

NOMBRE DE CONSULTATIONS AVEC UN MEDECIN AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, SELON LE NIVEAU SOICO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Nombre de consultations avec un médecin									
	Aucune		1-2		3-4		≥ 5		Total	
	n	%(b)	n	%	n	%	n	%	n	%
Faible	126	25,8	203	41,6	59	12,1	100	20,5	488	100,0
Moyen	81	19,8	175	42,7	75	18,3	79	19,3	410	100,0
Elevé	77	21,4	150	41,7	68	18,9	65	18,1	360	100,0
Total	284	22,6	528	42,0	202	16,1	244	19,4	1258	100,0

p= 0.061

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.41

NOMBRE DE CONSULTATIONS AVEC UN DENTISTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Nombre de consultations avec un dentiste									
	Aucune		1		2		≥ 3		Total	
	n	%(a)	n	%	n	%	n	%	n	%
St-Henri	217	67,4	61	18,9	27	8,4	17	5,3	322	100,0
St-Louis du Parc	166	52,2	77	24,2	34	10,7	41	12,9	318	100,0
Métro	82	39,2	57	27,3	38	18,2	32	15,3	209	100,0
NDG	140	37,7	103	27,8	82	22,1	46	12,4	371	100,0
Westmount	24	23,1	41	39,4	22	21,2	17	16,4	104	100,0

p= 0.000

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.42

NOMBRE DE CONSULTATIONS AVEC UN DENTISTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, SELON LE NIVEAU SOICO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Nombre de consultations avec un dentiste									
	Aucune		1		2		≥ 3		Total	
	n	%(b)	n	%	n	%	n	%	n	%
Faible	302	62,5	100	20,7	45	9,3	36	7,5	483	100,0
Moyen	181	44,9	99	24,6	66	16,4	57	14,1	403	100,0
Elevé	105	29,5	116	32,6	82	23,0	53	14,9	356	100,0
Total	588	47,5	315	25,4	193	15,5	146	11,8	1242	100,0

p= 0.000

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.43

NOMBRE DE CONSULTATIONS AVEC UN SPECIALISTE POUR LES YEUX AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Nombre de consultations avec un spécialiste pour les yeux							
	Aucune		1		≥ 2		Total	
	n	%(a)	n	%	n	%	n	%
St-Henri	247	83,5	38	12,8	11	3,7	296	100,0
St-Louis du Parc	270	84,4	41	12,8	9	2,8	320	100,0
Métro	127	67,6	44	23,4	17	9,0	188	100,0
NDG	309	81,5	55	14,5	15	4,0	379	100,0
Westmount	67	63,8	31	29,5	7	6,7	105	100,0

p= 0.000

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.44

NOMBRE DE CONSULTATIONS AVEC UN SPECIALISTE POUR LES YEUX AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Nombre de consultations avec un spécialiste pour les yeux							
	Aucune		1		≥ 2		Total	
	n	%(b)	n	%	n	%	n	%
Faible	392	86,3	50	11,0	12	2,6	454	100,0
Moyen	304	76,4	75	18,8	19	4,8	398	100,0
Elevé	263	73,9	72	20,2	21	5,9	356	100,0
Total	959	79,4	197	16,3	52	4,3	1208	100,0

p= 0.000

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.45

CONSOMMATION DE MEDICAMENTS AU COURS DES DEUX DERNIERS JOURS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Consommation de médicaments									
	Aucun		Tranquilisant		Antibiotique		Médicament pour le coeur ou la tension artérielle		Analgésique	
	n	%(a)	n	%	n	%	n	%	n	%
St-Henri	205	61,8	29	8,7	10	3,0	34	10,2	41	12,4
St-Louis du Parc	209	64,9	13	4,0	10	3,1	15	4,7	52	16,2
Métro	127	59,9	18	8,5	5	2,4	11	5,2	43	20,3
NDG	242	63,9	16	4,2	12	3,2	35	9,2	56	14,8
Westmount	70	66,7	2	1,9	6	5,7	11	10,5	16	15,2
	p= 0.666		p= 0.005		p= 0.610		p= 0.024		p= 0.164	

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.46

CONSOMMATION DE MEDICAMENTS AU COURS DES DEUX DERNIERS JOURS, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Consommation de médicaments									
	Aucun		Tranquilisant		Antibiotique		Médicament pour le coeur ou la tension artérielle		Analgésique	
	n	%(b)	n	%	n	%	n	%	n	%
Faible	298	60,9	25	5,1	16	3,3	45	9,2	75	15,3
Moyen	262	63,6	24	5,8	17	4,1	28	6,8	56	13,6
Elevé	239	66,2	23	6,4	8	2,2	24	6,6	59	16,3
Total	799	63,3	72	5,7	41	3,2	97	7,7	190	15,0
	p= 0.296		p= 0.727		p= 0.330		p= 0.275		p= 0.544	

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.47

RAISON DE CONSULTATION AUPRES D'UN MEDECIN AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Raison de consultation auprès d'un médecin					
	Examen périodique		Problème de santé		Total	
	n	%(a)	n	%	n	%
St-Henri	10	16,7	50	83,3	60	100,0
St-Louis du Parc	13	25,5	38	74,5	51	100,0
Métro	5	15,6	27	84,4	32	100,0
NDG	23	41,1	33	58,9	56	100,0
Westmount	6	31,6	13	68,4	19	100,0

p= 0.023

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.48

RAISON DE CONSULTATION AUPRES D'UN MEDECIN AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Raison de consultation auprès d'un médecin					
	Examen périodique		Problème de santé		Total	
	n	%(b)	n	%	n	%
Faible	22	23,4	72	76,6	94	100,0
Moyen	15	21,4	55	78,6	70	100,0
Elevé	18	42,9	24	57,1	42	100,0
Total	55	26,7	151	73,3	206	100,0

p= 0.028

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.49

FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, SELON LA DATE DU DERNIER EXAMEN DES SEINS PAR UN MEDECIN, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Date du dernier examen des seins									
	<1 an		1-2 ans		>2 ans		Jamais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
St-Henri	32	31,1	20	19,4	12	11,7	39	37,9	103	100,0
St-Louis du Parc	39	55,7	12	17,1	4	5,7	15	21,4	70	100,0
Métro	52	63,4	14	17,1	10	12,2	6	7,3	82	100,0
NDG	87	60,8	29	20,3	16	11,2	11	7,7	143	100,0
Westmount	23	71,9	6	18,8	1	3,1	2	6,3	32	100,0

p= 0.000

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge.

TABLEAU B.50

FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, SELON LA DATE DU DERNIER EXAMEN DES SEINS PAR UN MEDECIN, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Date du dernier examen des seins									
	< 1 an		1-2 ans		>2 ans		Jamais		Total	
	n	%(b)	n	%	n	%	n	%	n	%
Faible	54	41,2	21	16,0	18	13,7	38	29,0	131	100,0
Moyen	84	56,0	31	20,7	14	9,3	21	14,0	150	100,0
Elevé	75	64,7	22	19,0	10	8,6	9	7,8	116	100,0
Total	213	53,7	74	18,6	42	10,6	68	17,1	397	100,0

$p = 0.000$

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge.

TABLEAU B.51

FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, SELON LA DATE DU DERNIER EXAMEN DE PAPANICOLAOU, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Date du dernier examen du Pap							
	<12 mois		≥12 mois		Jamais		Total	
	n	%(a)	n	%	n	%	n	%
St-Henri	36	39,1	23	25,0	33	35,9	92	100,0
St-Louis du Parc	27	35,1	25	32,5	25	32,5	77	100,0
Métro	40	51,3	28	35,9	10	12,8	78	100,0
NDG	67	47,9	43	30,7	30	21,4	140	100,0
Westmount	20	55,5	12	33,3	4	11,1	36	100,0

$p = 0.008$

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge.

TABLEAU B.52

FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, SELON LA DATE DU DERNIER EXAMEN DE PAPANICOLAOU, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Date du dernier examen du Pap							
	< 12 mois		≥ 12 mois		Jamais		Total	
	n	%(b)	n	%	n	%	n	%
Faible	49	38,0	39	30,2	41	31,8	129	100,0
Moyen	70	46,4	51	33,8	30	19,9	151	100,0
Elevé	66	54,6	35	28,9	20	16,5	121	100,0
Total	185	46,1	125	31,2	91	22,7	401	100,0

p= 0.024

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blishen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge.

TABLEAU B.53

CONSOMMATION DE VITAMINES OU MINERAUX AU COURS DES DEUX DERNIERS JOURS, PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Consommation de vitamines ou minéraux	
	n	%(a)
St-Henri	49	14,8
St-Louis du Parc	44	13,7
Métro	72	34,0
NDG	105	27,7
Westmount	34	32,4

p= 0.000

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.54

CONSOMMATION DE VITAMINES OU MINERAUX AU COURS DES DEUX DERNIERS JOURS, SELON LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Consommation de vitamines ou minéraux	
	n	%(b)
Faible	77	15,7
Moyen	94	22,8
Elevé	117	32,4
Total	288	22,8

p= 0.000

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blichen et McRoberts (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.55

TAUX D'HYPERTENSION DECLAREE,
PAR SECTEUR DE RESIDENCE, 1979-81

Secteur	Hypertension déclarée	
	n	%(a)
St-Henri	31	9,3
St-Louis du Parc	18	5,6
Métro	12	5,7
NDG	37	9,7
Westmount	13	12,4

p= 0.062

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Note: (a) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

TABLEAU B.56

TAUX D'HYPERTENSION DECLAREE, SELON
LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE(a), 1979-81

Niveau socio-économique	Hypertension déclarée	
	n	%(b)
Faible	48	9,8
Moyen	31	7,5
Elevé	24	6,6
Total	103	8,1

p= 0.213

Source: Enquête santé communautaire, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-81.

Notes: (a) Selon l'échelle de Blichen et McRobert (1976).
(b) Pourcentages non-ajustés pour l'âge et le sexe.

REFERENCES

1. Blishen, B. et H. McRoberts. A revised socioeconomic index for occupations in Canada. Canadian Review of Sociology and Anthropology, 1976;13:71-79.

2. Enquête Santé Canada. La santé des Canadiens. Rapport de l'Enquête Santé Canada. Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, catalogue 82-538F. Ottawa: Approvisionnements et services Canada, 1981.

3. Gagnon, G. et M. Comeau. Dossier socio-démographique et sanitaire-CLSC St-Henri/Petite Bourgogne. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1986a.

4. Gagnon, G., Wilkins, R., Ioannou, S. et J. O'Loughlin. Dossier socio-démographique et sanitaire - CLSC NDG. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1986.

5. Gagnon, G. et M. Comeau. Dossier socio-démographique et sanitaire-CLSC Métro - Secteur Westmount. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1986b.

6. Gagnon, G., Comeau, M. et B. Shatenstein. Dossier socio-démographique et sanitaire - CLSC Métro. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1987 (à paraître).

7. Gagnon, G., Comeau, M. et B. Shatenstein. Dossier socio-démographique et sanitaire - CLSC St-Louis du Parc. Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 1987 (à paraître).

8. Pelchat, Y. et R. Wilkins. Dossier naissances: Quelques aspects socio-démographiques et sanitaires des mères et nouveau-nés de la Région 6A (Montréal-Métropolitain), 1979-1983. Montréal, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1986.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

   No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
   Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
   Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
   Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
   Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
   Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
   Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

   No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*
   No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*
   No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*
   No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*
   No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*
   No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*
   No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*
   No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

   No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*
   No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1] Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1] Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1] Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

[1] Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation
la consultation d'experts, l'une des trois sources d'informat
principaux programmes d'activités de la Commission d
services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer
préhension des problèmes actuels du système des services de
services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de
et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Co
a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier
lection des synthèses critiques et des recherches. Le présent
s'inscrit dans le cadre de cette collection.